Aus der Schloßpark-Klinik
Heubnerweg 2, 1000 Berlin 19
Leitender Dirketor: Prof. Dr. med. G. A. Neuhaus
Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung:
Priv. -Doz. Dr. med. W. Greve

Psychische Folgeerscheinung nach Sterilisationsoperation

Katamnestische Untersuchung an 104 Patienten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Eva-Maria Gebert, geb. Machinek
aus Oppeln

1976

Aus der Schloßpark-Klinik
Heubnerweg 2, 1000 Berlin 19
Leitender Dirketor: Prof. Dr. med. G. A. Neuhaus
Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung:
Priv. -Doz. Dr. med. W. Greve

Psychische Folgeerscheinung nach Sterilisationsoperation
Katamnestische Untersuchung an 104 Patienten

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Eva-Maria Gebert, geb. Machinek
aus Oppeln

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. W. Greve

Coreferent: Prof. Dr. med. H. Lax

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 7.5.1976

Druck: Zentrale Universitätsdruckerei, V a A 4

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. W. Greve möchte ich für seine Einführung in die Interviewtechnik bei den Hausbesuchen der Katamnesepatienten sowie für die zahlreichen theoretischen Hinweise und Anregungen meinen herzlichen Dank aussprechen.

Durch die freundliche Unterstützung und Bereitstellung des Materials der Ärztekammer Berlin wurde mir diese Arbeit ermöglicht.

Vor allem danke ich meinem Ehemann, Volker Gebert, der mir bei der elektronischen Datenverarbeitung des Materials geholfen hat.

Sein größeres Verdienst waren jedoch seine Ermutigungen, die mich bestärkten, diese Arbeit trotz der starken beruflichen Belastung in meiner Freizeit weiterzuführen.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.0 Einleitung	1
1.1 Historischer Überblick und Gesetzgebung	1
1.2 Problemstellung	4
2.0 Statistische Auswertung der gestellten Anträge	6
2.1 Überblick der an die Gutachterstelle der Ärztekammer Berlin gestellten Anträge auf Sterilisation (St), Schwangerschaftsabbruch (SAB) und SAB mit anschließender St	6
2.2 Überblick über die Anträge auf St (1965-69) und Einstellung der Patientinnen zu den Gutachtern	8
2.3 Statistische Angaben über die nachexplorierten Patientinnen	10
3.0 Methode der katamnestischen Untersuchung	13
4.0 Motivation	15
5.0 Untersuchungsergebnis der 87 sterilisierten Patientinnen	21
5.1 Komplikationen nach Sterilisationsoperation	21
5.2 Subjektive Einstellung zur durchgeführten St	22
5.3 Art und Dauer psychischer Auswirkungen nach St	24
5.31 Besonders günstige Auswirkungen	24
5.32 Positive Auswirkungen	27
5.33 Kurzzeitige Störungen	28
5.34 Langzeitige Störungen	33
5.4 Statistische Daten in bezug auf St-Erfolg	40
5.41 Indikation	40
5.42 Alter der Patientinnen bei St	44
5.43 Familienstand	46
5.44 Soziale Stellung und Berufsbezogenheit	46
5.5 Bedeutsame Kriterien für die Entwicklung nach St	48
5.51 Freiwilligkeit und Initiative	48
5.52 Kinderzahl und Einstellung der Pat. zu den Kindern	50
5.53 Kinderwunsch nach St und Schwängerungsangst	52

Seite

5.6 Orale Kontrazeption 53

5.7 Auswirkungen der St auf Sexualität, Eheleben und die Menses 55

5.71 Sexualität 55

5.72 Eheleben 57

5.73 Veränderungen der Menses 59

6.0 Sterilisation bei Männern 61

7.0 Nicht durchgeführte St nach Antragstellung 66

7.1 Statistische Angaben 66

7.2 Abgelehnte Anträge auf St 66

7.3 Einstellung des Verfahrens nach Antrag auf St 68

7.4 Trotz Befürwortung durch die Gutachter nicht durchgeführte St 71

8.0 Literaturvergleich 74

8.1 Schweiz 76

8.2 USA, Englang, Skandinavien, Dänemark 80

8.3 Andere Länder 81

8.4 Deutschland 83

9.0 Zusammenfassung und Diskussion 86

10.0 Literaturverzeichnis 98

1. Einleitung

1.1 Historischer Überblick und Gesetzgebung

Die erste Sterilisationsoperation wurde 1836 von BLUNDELL als Tubendurchschneidung durchgeführt. In größerer Zahl und ohne Gefährdung sind derartige Operationen aber erst seit Ende des vorigen Jahrhunderts möglich. 1894 führte SHARP Sterilisationen durch Vasektomie bei männlichen Gefangenen durch.

In Deutschland gab es 1928 und 1932 Entwürfe für eine gesetzliche Regelung der Sterilisation aus eugenischen Gründen auf freiwilliger Basis, an die sich das "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom Jahre 1933 anlehnte. Es enthielt eine Liste von Erbkrankheiten und hatte ausgesprochenen Zwangscharakter mit rassenhygienischer Zielsetzung.

Auch in USA und anderen Ländern gab es Sterilisationsgesetze, die Zwangsmaßnahmen nicht völlig ausschlossen, deren Zielsetzung aber nicht darin bestand, Erbkranke von der Fortpflanzung auszuschalten, um ein reines Erbgut des Volkes zu erzielen.

Nach einem Referat von HARNACK auf dem Ärztekongreß 1971 in Berlin wurden unter Hitler 200.000 bis 350.000 Männer und Frauen innerhalb von 5 Jahren zwangssterilisiert. Diese Zwangssterilisationen führten zu schweren psychischen Folgeerscheinungen, wie sie PETERSEN und LÜDTKE beschreiben. Diese Tatsache wirkt noch heute auf die Frage der freiwilligen Sterilisation zurück.

Die USA, Schweden und die Schweiz sind mit diesen negativen Erfahrungen nicht belastet und führen die freiwillige Sterilisation häufiger durch.

Während sich in Deutschland kaum Männer zur Sterilisation bereitfinden, liegt dieser Anteil in den oben genannten Ländern höher. Die Operation beim Mann (Vasoligatur) ist leichter und gefahr-

loser durchzuführen. Sie hat, wie die Tubenligatur bei der Frau, keinen körperlich bedingten Einfluß auf die Libido. Nach Untersuchungen von BAYLE bleiben bei der Frau die Ovarien und beim Mann die Hoden funktionsfähig. Das Risiko ungünstiger seelischer Auswirkungen besteht bei Mann und Frau.

Seit 1964 ist die Einstellung gegenüber der Sterilisation in Deutschland liberaler geworden. Auf dem Deutschen Ärztetag 1964 wurden die medizinische, die medizinisch-prophylaktische, die erbmedizinische und die Indikation aus schwerwiegenden sozialen Gründen befürwortet.

Hierfür bestand aber keine Rechtssicherheit. Nach dem § 226 a des StGB: "Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt." Nach MENDE (1968)sei aber die Frage der Sittenwidrigkeit nur bei der medizinischen Indikation unbestritten. Bei erbmedizinischen oder sozialen Indikationen gehe der Arzt ein erhebliches strafrechtliches Risiko ein.

Diese Gesetzlücke zeigte der Dohrn-Prozeß auf, der im Oktober 1964 stattgefunden hat. Dr. Dohrn hatte bis 1961 auf Wunsch zahlreicher Frauen, die jüngste war 19 Jahre alt, mit der Begründung sterilisiert, daß andere Methoden der Empfängnisverhütung unzumutbar oder wirkungslos seien. In den angeklagten 147 Fällen erfolgte schließlich in der Berufung ein Freispruch.

Am 14. Februar 1972 wurde von der Bundesregierung der Entwurf eines Fünften Strafrechtsreformgesetzes vorgelegt. Er enthält die vorgesehenen neuen Bestimmungen zu Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. Nach § 226 b des Gesetzentwurfes soll die vom Arzt vorgenommene Sterilisation nicht als Körperverletzung strafbar sein, wenn die Person, an der die Sterilisation vorgenommen wird, in die Sterilisation einwilligt und mindestens 25 Jahre alt ist. Ist das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht, so soll Straffreiheit gelten, wenn die Frau mindestens 4 Kinder

hat oder eine medizinische oder erbmedizinische Indikation zur Sterilisation besteht. Voraussetzung sei eine sachgerechte Aufklärung. Kann die Frau infolge ihres Geisteszustandes auf absehbare Zeit nicht wirksam einwilligen, soll die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters der Frau gelten. Einer Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt vom August 1974 zufolge soll ein Sonderausschuß "Strafrechtsreform" Klarheit darüber gewinnen, ob eine gesetzliche Regelung der Sterilisation überhaupt erforderlich ist. Die Meinung der Juristen im Bundestag darüber sei geteilt.

Seit Jahrzehnten wird in der Schweiz die "konventionelle Sterilisation" ausgeübt (Psychiatrische Nachuntersuchung dieser Frauen von BINDER 1937). Hier genügt der von den Eheleuten geäußerte Wunsch zur Sterilisation, wenn die Frau 30 Jahre alt ist und 3 Kinder hat. Diese hat sich als sozial-medizinische Maßnahme bewährt, beugt Erschöpfungszuständen vor und ist eine Abort- und Interruptionsprophylaxe (GLAUS). Weiter besteht die "absolute Indikation" zur Sterilisation, bei der die Sterilisation auch durchgeführt wird, wenn nachteilige Folgen nicht völlig ausgeschlossen werden können, um eine mit großer Wahrscheinlichkeit bald notwendige Interruption mit Sicherheit zu verhüten, die das noch größere Übel wäre (GLAUS).

Die Sterilisation ist ein irreversibler Eingriff und kann zu psychisch bedingten Störungen führen. Vor- und Nachteile sollten sorgfältig abgewogen werden. Nur bei Versagen anderer kontrazeptiver Maßnahmen sollte die Sterilisation angewandt werden. Ist aber eine Sterilisation angezeigt, sollte sie möglichst rechtzeitig durchgeführt werden, um einen sonst eventuell notwendigen Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden. Ungünstige psychisch bedingte Folgen einer Sterilisation bei gleichzeitigem Schwangerschaftsabbruch sind häufiger (nach GREVE mit 46,4 %) als nach alleiniger Sterilisation (nach BINDER und anderen mit etwa 10 %).

Nach einer Untersuchung von SCHULTE über unerwünschte Schwangerschaften ist die Abortneigung nach abgelehnten Anträgen auf Schwangerschaftsabbruch groß, zwischen 26 % und 76 %, und das Schicksal unerwünschter Kinder ungünstig. Die Hälfte dieser Kinder wird in einem durch familiäre oder soziale Mißstände schwer belasteten Milieu geboren oder sie bleiben von ihren Müttern ungeliebt, werden vernachlässigt und völlig lieblos erzogen.

FORSSMANN und THUWE verfolgten das Schicksal von 120 Kindern bis zum 21. Lebensjahr, die nach Ablehnung eines Antrages auf Schwangerschaftsabbruch geboren worden waren, im Vergleich mit einer Kontrollgruppe geplanter Kinder. In der Gruppe der unerwünschten Kinder war der Anteil der psychischen Erkrankungen, Alkoholismus, antisozialen oder kriminellen Verhaltens bedeutend höher.

1.2 Problemstellung

In dieser Arbeit soll das Problem der Sterilisationsoperation bei Frauen und Männern vorwiegend vom psychiatrischen Gesichtspunkt betrachtet werden. Die Katamnese wurde 2 bis 5 Jahre nach dem Eingriff, der in den Jahren 1965 - 1969 stattfand, durchgeführt.

Wie die folgenden Tabellen zeigen, beträgt die Zahl der psychiatrischen Indikationen 47,8 % und ist neben der gynäkologischen, internistischen, eugenischen und sozialmedizinischen Indikation die häufigste. Zu beachten sind ferner neurotische Momente, die bei der Motivation zur Sterilisation aus medizinischer Indikation eine Rolle spielen. Besonders in den letzten Jahren haben soziale und wirtschaftliche Faktoren als Grund für eine Sterilisation zunehmend an Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung hat sich in

Schweden, England und Amerika (EKBLAD) schon vor 15 Jahren gezeigt.

So hat die Sterilisation heute eine zweifache Funktion. Einmal aus rein medizinischen Gründen, um schwer kranke Frauen vor den Folgen einer erneuten Schwangerschaft und Geburt zu bewahren. Zum anderen dient die Sterilisation der Geburtenkontrolle und Abortprophylaxe.

Die Bedeutung der Sterilisation als lebensrettender Eingriff hat an Gewicht verloren und wird häufiger aus psychiatrischer oder sozial-medizinischer Indikation bei körperlich gesunden Frauen ausgeführt. Es ist deshalb von besonderer Wichtigkeit, die Kenntnis über positive und negative psychische Folgeerscheinungen der Sterilisation zu erweitern und Parameter zu erarbeiten, die der Indikation zu Sterilisation und der Gutachterpraxis hilfreich sein können.

2. Statistische Auswertung der gestellten Anträge

2.1 Überblick der an die Gutachterstelle der Ärztekammer Berlin gestellten Anträge auf Sterilisation (St), Schwangerschaftsabbruch (SAB) und St und SAB

Sowohl für den SAB als auch für die St wurden die Anträge von Haus- oder Krankenhausärzten an die "Gutachterstelle für gesetzliche Schwangerschaftsunterbrechungen und gesetzliche Sterilisation" gestellt, die darauf 2 Gutachter benannte. Widersprachen sich diese, so wurde als dritter ein Obergutachter hinzugezogen. Die Gutachter waren je nach Indikationsstellung Fachärzte für Gynäkologie, Internisten, Genetiker, Psychiater oder Neurologen.

Die Übernahme der Gutachterstelle durch die Ärztekammer Berlin erfolgte am 31.12.1964 mit folgender Information im Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nr. 6 1964/65: "Die Bundesärztekammer hat dem Bundesjustizministerium dringend empfohlen, die vom Bundesgerichtshof im Prozeß des Dr. Dohrn aufgezeigte Gesetzeslücke zu schließen. Um allen Kolleginnen und Kollegen bei der von ihnen zu treffenden Entscheidung eine gewisse Rückendeckung zu geben, ist die Gutachterstelle auch für Fragen der Sterilisation eingerichtet worden." Von diesem Zeitpunkt wurden die Gutachten zur St von Ärzten des Gesundheitsamtes erstellt.

Die Durchführung oder Ablehnung der St ist lediglich von der Beurteilung der medizinischen Gegebenheiten und dem ärztlichen Gewissen abhängig und nicht von der Standesorganisation genehmigungspflichtig. Die Gutachterstelle teilt dem antragstellenden Kollegen lediglich mit, daß von seiten der Ärztekammer in dem betreffenden Fall keine Bedenken bestehen.

Meine Arbeit begann mit der Durchsicht aller Anträge, die in den Jahren 1965-69 an die Gutachterstelle der Ärztekammer Berlin gestellt wurden mit folgendem Ergebnis: Tabelle I und II. Oft sind mehrere Indikationen zutreffend. Nur die führende wurde genannt, um eine doppelte Zählung zu vermeiden. Die hier aufgeführten Indikationen sind die der antragstellenden Ärzte und stimmen mit denen der Gutachter nicht immer überein.

	ANTRÄGE								INDIKATIONEN									
	Anz. pro Jahr	ST	SAB	ST+SAB	Eingriff unbek.	bew.	abg.	Verf. eingest.	GYN.	INT.	SOZIAL	PSY.	NEUR.	HNO	AUGEN	ORTH.	HAUT	kindl. Eugen.
1965	230	19	162	22	27	134	65	31	3	57		58	10		3	2		1
1966	216	26	137	37	16	151	50	15	6	59		63	13		2	3	1	4
1967	222	26	143	52	1	150	44	28	2	54		79	9	1		4		3
1968	202	20	155	25	2	121	56	25	2	52		63	4	1	2			
1969	194	37	122	35		148	31	15	3	59	2	67	13			2		1
Σ	1064	128	719	171	46	704	246	114	16	281	2	330	49	2	7	11	1	9
%		12,0	67,6	16,1	4,3	66,2	23,1	10,7	2,3	39,7	0,3	46,6	6,9	0,3	1,0	1,5	0,1	1,3
	1064 FÄLLE = 100%								708 FÄLLE = 100 %									

Eine Indikation war nur bei bewilligten Anträgen aus den Unterlagen zu ersehen.
Tabelle I: Bei 1064 Anträgen 708 Indikationen

Die Gesamtzahl der Anträge nimmt mit den Jahren ab. Besonders die Anträge auf SAB fallen bei einem Ansteigen der Anträge auf St. Nur 12 % aller Anträge entfallen auf St, 16,1 % auf SAB und St, 67,6 % auf SAB.

Bei den Indikationen überwiegen die psychiatrischen mit 46,6 % neben den internistischen mit 39,7 %.

2.2 Überblick über die Anträge auf St (1965-69) und Einstellung der Patientinnen zu den Gutachtern

ANTRÄGE					INDIKATIONEN										
ST	Anz. pro Jahr	bew.	abg.	Verf. eingest.	GYN.	INT.	SOZIAL	PSY.	NEUR.	HNO	AUGEN	ORTH.	HAUT	kindl. Eugen.	
1965	19	14	3	2	2	3		10	1					1	
1966	26	23	3		2	9		10						3	
1967	26	21	1	4		13		11	1						
1968	20	15	2	3		4		9	1		1				1 MANN
1969	37	35		2		14	2	15	2			1			2 MÄNNER
Σ	128	108	9	11	4	43	2	55	5		1	1		4	
%		84,2	7,2	8,6	3,5	37,4	1,7	47,8	4,3		0,9	0,9		3,5	
128 FÄLLE = 100 %					115 FÄLLE = 100 %										

Tabelle II: bei 128 Anträgen 115 Indikationen

In den Jahren 1965-69 wurden 128 Anträge auf St gestellt. 108 Anträge = 84,2 % wurden befürwortet. Die Anzahl der abgelehnten Anträge mit 9 = 7,2 % und die der eingestellten Verfahren mit 11 = 8,6 % ist gering.

Auch hier ist die psychiatrische Indikation führend, mit 47,8 %, gefolgt von der internistischen mit 37,4 %.

Nur 2 Anträge auf St wurden von Hausärzten aus sozialen Gründen gestellt. Unter den internistischen Indikationen der Hausärzte stehen bei einigen Fällen soziale Gründe im Vordergrund, da die Gutachter in 13 Fällen sozial-medizinische Indikationen stellten (siehe Tabelle III).

125 Anträge wurden auf St bei Frauen gestellt. In den Jahren 1968 bis 69 wurden 3 Anträge auf St bei Männern gestellt. Ein Mann litt an einer erblich bedingten Blindheit, der

zweite an einem Morbus Bechterew, der dritte Antrag wurde aus sozial-medizinischen Gründen gestellt.

Nicht alle Pat. waren von Gutachtern untersucht worden.

1. gehörten dazu die eingestellten Verfahren, bei denen die Pat. oft nicht einmal den 1. Gutachter aufsuchten. Einige Pat. scheuten die Kosten der Untersuchung, die etwa bei DM 70,-- lagen. Ab 1968 übernahm die Krankenkasse DM 60,--, so daß vom Pat. nur noch DM 10,-- gezahlt werden brauchten.

2. Bei schweren Erkrankungen oder bei ausführlich begründeten Anträgen von Krankenhausärzten wurde auf Gutachter verzichtet und in einer Schnellentscheidung der Gutachterstelle die St befürwortet.

Die Einstellung der 104 nachexplorierten Pat. zur Gutachteruntersuchung war wie folgt:

23 Pat.	=	22 % ohne Gutachter
54 Pat.	=	52 % positive Einstellung
15 Pat.	=	14 % negative Einstellung
6 Pat.	=	6 % indifferent
6 Pat.	=	6 % gaben keine Antwort auf diese Frage

Die Einstellung zum antragstellenden Arzt war bei 92 Pat. = 88 % positiv.

Die Mehrzahl der Pat. hatte die Gutachteruntersuchung als eingehende Beratung über die St, als Gelegenheit zur Aussprache und als Hilfe, die eigene Entscheidung zu überdenken oder zu festigen, begrüßt. Fragen, z.B. ob nach einer St das Klimakterium einsetze, die Menses ausbleibe oder erneut eine Schwangerschaft auftreten könne, konnten so verneint und damit geklärt werden.

Nur die Mutter einer debilen Pat., die die St ihrer Tochter beantragt hatte, verbalisierte, daß sie sich durch den Gutachterentscheid entlastet und in ihrem Vorgehen bestätigt

fühle. Diese Gewissensentlastung hat wahrscheinlich auch bei anderen positiv urteilenden Patientinnen eine Rolle gespielt. Bei 17 Patientinnen wurde die St nach Antragstellung nicht durchgeführt oder ihr Antrag war abgelehnt worden. 6 dieser Patientinnen äußerten sich negativ oder indifferent über die Gutachteruntersuchung. 3 Patientinnen, deren Anträge abgelehnt worden waren, sprachen ihre Enttäuschung aus.

Die übrigen der negativ oder indifferent urteilenden Patientinnen waren meist vorher zur St fest entschlossen. Sie empfanden die Untersuchung als überflüssig oder belastend und nahmen sie nur notgedrungen hin. Eine Patientin sagte, diese Untersuchung sei für sie nur eine Pflichterfüllung gewesen, um die St zu erreichen. Eine andere Patientin, die 8 Kinder geboren hatte und zu 3 Gutachtern bestellt wurde, empfand die Untersuchungen als überflüssige Belastung.

Wenn sich die ersten beiden Gutachter widersprachen, waren die Patientinnen verwirrt und ihr Vertrauen in die Ärzte wurde erschüttert.

Einige Patientinnen vermißten die Gelegenheit zu einer Aussprache, wenn die Untersuchung eine rein körperliche war.

Eine Patientin empfand es zunächst als Zumutung, als "normaler Mensch" zu einem Psychiater gehen zu müssen, beurteilte dann aber das Gutachtergespräch als positiv.

2.3 Statistische Angaben über die nachexplorierten Patientinnen

Von den 128 Pat., darunter 3 Männer und 125 Frauen, konnten 104 = 81 % erreicht werden. Bei 87 Pat. war die St. durchgeführt worden und bei 17 Pat. nicht. Hier war der Antrag auf St abgelehnt worden, das Verfahren eingestellt worden oder die Pat. ließen die St trotz der Befürwortung der Gutachter nicht durchführen.

Tabelle III

Bei 5 der 13 sozial-medizinischen Indikationen war der Antrag abgelehnt oder das Verfahren eingestellt worden.

ST	ANTRÄGE			INDIKATIONEN DER GUTACHTER						BEMERK.
	ANZAHL PRO JAHR	ST DURCHGEFÜHRT	ST NICHT DURCHGEF.	GYN.	INT.	SOZ.MED.	PSY.	NEUROL.	GENETISCH	
1965	13	12	1	1	3	—	8	—	1	
1966	19	18	1	4	5	2	6	—	2	
1967	20	14	6	1	6	2	10	1	—	
1968	18	14	4	1	3	3	9	1	1	1 MANN
1969	34	29	5	1	9	6	15	2	1	2 MÄNNER
Σ	104	87	17	8	26	13	48	4	5	
%	100	83,7	16,3	7,7	25,0	12,5	46,2	3,8	4,8	
104 FÄLLE = 100 %				104 FÄLLE = 100 %						

Vergleicht man Tabelle II und III, so ergibt sich eine andere Aufschlüsselung der Indikationen. Tabelle III beinhaltet die Indikationen der Gutachter, Tabelle II die der antragstellenden Ärzte.

Die psychiatrische Indikation ist mit 46,2 % führend. Für die internistische Indikation ergeben sich nur noch 25,0 %. Ein Ansteigen der sozial-medizinischen Indikationen von 1965 bis 1969 auf insgesamt 12,5 % wird deutlich.

Alter der Pat. bei St

15 - 19 Jahre	4 Pat. =	5 %
20 - 24 Jahre	13 Pat. =	15 %
25 - 29 Jahre	32 Pat. =	37 %
30 - 34 Jahre	27 Pat. =	31 %
35 - 39 Jahre	8 Pat. =	9 %
40 - 43 Jahre	3 Pat. =	3 %

Das Durchschnittsalter der Pat. liegt bei 29 Jahren. Diese Zahlen beziehen sich auf die 87 Pat., bei denen die St durchgeführt wurde.

Kinderzahl

Keine Kinder	22 Pat. =	25 %
1 Kind	15 Pat. =	17 %
2 Kinder	20 Pat. =	23 %
3 Kinder	11 Pat. =	13 %
4-5 Kinder	13 Pat. =	15 %
6-9 Kinder	6 Pat. =	7 %

Familienstand

ledig	21 Pat. =	24 %
verheiratet	57 Pat. =	66 %
geschieden	9 Pat. =	10 %

Soziale Stellung und Wohnverhältnisse

schlecht	19 Pat. =	22 %
mittel	40 Pat. =	46 %
gut	27 Pat. =	31 %
sehr gut	1 Pat. =	1 %

Die Auswertung dieser statistischen Daten erfolgt im Kapitel 5 über die Untersuchungsergebnisse.

3. Methode der katamnestischen Untersuchung

Die Nachuntersuchung wurde in Form eines Gespräches durchgeführt und fand 2 bis 5 Jahre nach Antragstellung statt. Da die Umgebung der Pat., sein Verhalten gegenüber dem Partner und den Kindern Aufschlüsse über die Person und die Lebensumstände geben, die in einem Gespräch nicht so deutlich erfaßt werden können, wurden die Pat. nicht in die Klinik bestellt, sondern in ihrer Wohnung aufgesucht. Die Pat. wurden vor unserem Besuch nicht brieflich benachrichtigt, da der Brief in falsche Hände gelangen könnte und so die Schweigepflicht verletzt worden wäre.

Das Gespräch fand in

39 Fällen = 37 % mit der Pat. allein statt, in
36 Fällen = 35 % mit Pat. und Partner, in
22 Fällen = 21 % mit Pat. und Eltern, in
7 Fällen = 7 % wurde eine Fremdkatamnese erhoben.

Es gelang so, einen guten Eindruck der sozialen und familiären Situation zu gewinnen. Die Reaktion der Pat. war spontan, da sie nicht auf das Gespräch vorbereitet waren und sich vorher keine bestimmten Antworten zurechtgelegt hatten.

Das Vertrauen der Pat. zu gewinnen, gelang in der überwiegenden Zahl gut. Informationen aus den Gutachten über die Anamnese sowie praeoperative Untersuchungsbefunde lagen vor. Oft begrüßten sie ein Gespräch über die St, das bei unverarbeiteten Konflikten auch eine therapeutische Form annehmen konnte.

Von 104 nachuntersuchten Pat. zeigten

81 = 78 % ein freundlich offenes Verhalten,
10 = 9 % waren anfangs mißtrauisch, später aber mitteilsam,
13 = 13 % führten das Gespräch nur ungern, weil der Besuch ihnen zeitlich ungelegen kam oder sie nur ungern an das

Problem der St erinnert werden wollten. Zu ihnen gehörten 5 Pat., bei denen die St nicht durchgeführt worden war. Das Gespräch wurde mit der Bemühung um eine suggestionsfreie, passiv-akzeptierende, beobachtende Haltung geführt. Die Pat. berichteten über ihre Lebensgeschichte und die Entwicklung nach durchgeführter oder nicht durchgeführter St. Das Gespräch orientierte sich an vorgegebenen Fragen, die meist erst am Ende ergänzend gestellt wurden, um den spontanen Bericht der Pat. nicht zu unterbrechen.

Der Eindruck nach der Unterhaltung wurde von der Explorantin in einem Fragenkatalog festgehalten und nach Beendigung aller Untersuchungen statistisch mit Hilfe eines Computers ausgewertet. Die Zahl von 104 katamnestisch untersuchten Pat. war zu gering, um statistisch relevante Daten zu ergeben.

4. Motivation

Die Nachuntersuchung zeigte, daß sich die Motivation breiter fächerte als aus der medizinischen Indikationsstellung im Antrag zu ersehen war.

Auf die Frage, ob die Pat. den Eingriff auch ohne diese hätten durchführen lassen, antworteten

25 Pat. = 29 % mit ja
51 Pat. = 59 % mit nein
11 Pat. = 12 % gaben keine Antwort.

Die mit "ja" antwortenden Pat. fühlten sich durch eine zu große Kinderzahl oder zu schnelle Geburtenfolge überlastet. Bei schlechten wirtschaftlichen oder beengten Wohnverhältnissen verwiesen sie auf die starke finanzielle Belastung durch Kinder. Einige fühlten sich durch die Kinder in ihren persönlichen Interessen und Lebensmöglichkeiten eingeschränkt. Sie bejahten meist die lebenden Kinder, hätten sich aber durch weitere Kinder überlastet gefühlt.

Einige hofften, durch die St besser in der Lage zu sein, für die lebenden Kinder zu sorgen, sich ihrer Erziehung intensiver widmen zu können und ihnen eine bessere Ausbildung zu ermöglichen. Sie wollten das "Kinderkriegen" nicht dem Zufall überlassen und sahen besonders bei Unverträglichkeit oder persönlichen Vorbehalten gegen orale Antikonzeptiva in der St eine Möglichkeit, ihr Leben und das der Familie zu planen.

Die meisten Frauen lehnten Kinder nicht ab, wollten aber nur so viele, wie sie unter den gegebenen Umständen gut erziehen konnten.

Praeoperativ neurotische Momente der Pat. wurden durch die Indikationsstellung der antragstellenden Ärzte oder der Gutachter bei nicht psychiatrischer Indikation nicht erfaßt.

Bei der katamnestischen Untersuchung ergab sich häufig die Vermutung, daß neben krankheitsbedingten und sachlichen Gründen eine neurotische Komponente das Motiv zur St mitbestimmt hatte.

Es ließen sich bei diesen Frauen drei typische Verhaltensweisen finden:

1) Pat., denen es nicht gelungen war, ihre Identität als Frau und Mutter zu finden.
   Diese Frauen wirkten ängstlich, selbstunsicher und stark auf bestätigendes und stützendes Verhalten des Partners oder anderer Menschen angewiesen. Sie neigten zu Versagensreaktionen oder Insuffizienzgefühlen. Hier war der Ehemann der dominierende Partner.

2) Die mehr männlich identifizierte Frau, im Extremfall mit phallisch depotenzierend wirkendem Verhalten.
   Diese Frauen zeigten sich in der Exploration sehr selbstsicher und berufsorientiert. Im sexuellen Bereich lag meist eine Frigidität vor. Hier war die Frau der dominierende Teil in der Ehe.

3) Pat. mit laten homosexuellen Tendenzen.

Fallbeispiel I (zur 1. Gruppe)

22/66 Frau W., bei St 30 Jahre alt, Hausfrau
Katamnese 5 Jahre nach St.
Indikation: Allgemeinverengtes Becken, bevorstehende 3. Sectio.

Die Pat. wuchs in harmonischen Familienverhältnissen auf, heiratete 1961 einen gleichaltrigen Polizeibeamten und gebar im Abstand von 2 Jahren 1962, 1964 und 1966 drei gesunde Knaben, davon 2 durch sectio caesarea. Das Ehepaar hatte 2 Kinder geplant. Die Schwangerschaft des 3. Kindes erlebte die Pat. als Schock. Jetzt sei ihr aber dieses Kind das liebste. Durch die anfängliche Ablehnung des Kindes litt die Pat. an ihr nicht bewußten Schuldgefühlen, die

sie durch die besondere Zuwendung zu diesem Kind überkompensierte. Ohne die Kinder wäre die Ehe für die Pat. nicht vorstellbar gewesen, "3 Kinder seien total genug". Ein weiteres Kind hätte die Frau als untragbare Belastung empfunden. Einen Versuch mit oralen Antikonzeptiva hatte die Pat. nicht unternommen. Sie schluckte nicht gerne Pillen, auch beurteilte sie die "Pille" als zu unsicher. Die Periode war vor und nach der St regelrecht. Das Eheverhältnis war gut. Beide Partner hatten vorher das Problem der St besprochen und sind mit dem Resultat zufrieden. Nach Wegfallen der Schwängerungsangst habe sich die sexuelle Beziehung wesentlich gebessert. Sie sei nach der St ausgeglichener und aufgeschlossener den Kindern gegenüber. Die Frau wirkte bei der Katamnese psychisch unauffällig, war freundlich und etwas schüchtern. Sie ergriff kaum ohne Aufforderung das Wort und sah ihren Mann nach jedem Satz fragend an, ob er ihre Worte auch billige. Im Gespräch spielte der Ehemann eine dominierende Rolle. Die Familie lebte in einem gemieteten Reihenhaus. Die wirtschaftlichen Verhältnisse hatten sich in den letzten 5 Jahren durch beruflichen Aufstieg des Mannes verbessert.

Einige mehr männlich identifizierte Frauen betonten das Recht auf ihren eigenen Körper oder konnten die Mutterrolle nie recht akzeptieren. Hier spielte neben der medizinischen Indikation die gesamte Entwicklung und neurotische Momente eine Rolle.

Fallbeispiel II (zur 2. Gruppe)

24/69, Frau W., bei St 30 Jahre alt, Hausfrau
Katamnese 2 Jahre nach St.
Indikation: Offene Lungen-Tbc.

Die Pat. wirkte bei dem Interview sehr resolut und gab sich betont sportlich. Den Ehemann schickte die Pat. vor dem Gespräch aus dem Zimmer. Als Kind wäre die Pat.

lieber ein Junge gewesen, machte als junges Mädchen den "Kranführerschein" und arbeitete auf dem Bau. 1960 heiratete sie einen gleichaltrigen Mann, von Beruf Karosseriebauer und gebar 4 gesunde Kinder, die zur Zeit der St 2, 5, 8 und 10 Jahre alt waren. Kinder waren geplant. Ohne Kind hätte sich die Pat. nicht sterilisieren lassen. 4 Kinder seien genug. Trotz angeblich regelmäßiger Einnahme von oralen Antikonzeptiva kam es zur Geburt des 4. Kindes. Mehr Kinder wären auf keinen Fall tragbar. Nach dem 4. Kind war sexueller Verkehr aus Angst vor weiteren Kindern nicht mehr möglich; auch nach der St war die Pat. frigide. Der Ehemann war aus streng katholischer Überzeugung gegen die St. Die Pat. setzte sich gegen seinen Willen durch. Trotzdem habe sich die Ehe erheblich gebessert. Vor dem Eingriff kam es durch die Schwängerungsangst der Pat. zwischen den Eheleuten oft zu unerträglichen Spannungen; auch den Kindern gegenüber war die Pat. oft aufbrausend und unduldsam. Jetzt habe sie zu ihrem Mann ein gut kameradschaftliches Verhältnis. Den sexuellen Verkehr lasse sie über sich ergehen, ohne ihn genießen zu können. Im Gespräch äußerte sie, über sexuelle Fragen noch nie recht aufgeklärt worden zu sein. Die Pat. ist mit der St sehr zufrieden. Sie sei jetzt ruhiger und ausdauernder geworden. Sie plant, ihr Leben durch einen Beruf sinnvoll zu gestalten, Haushalt und Kinder genügten ihr nicht. Sie strebt jetzt einen sozialen Beruf an: Fürsorgerin oder Krankenpflegerin. Der Versuch, sich mit der weiblichen Rolle zu identifizieren, ist der Pat. in der Ehe und durch die Geburt der Kinder nicht gelungen. Durch einen Beruf möchte sie diesen mißglückten Versuch kompensieren.

Fallbeispiel III (zur 3. Gruppe)

1/66, Frau T., bei St 33 Jahre alt, Mitarbeiterin im Geschäft ihres Mannes.
Katamnese 5 Jahre nach St.
Indikation genetisch: 2 Kinder mit angeborenem schweren Herzfehler. Das 2. Kind starb 2 Stunden nach der Geburt.

Bei dem Katamnesegespräch verhielt sich die 1,80 m große, kräftige Frau zuerst aggressiv und skeptisch, später anklammernd und Hilfe suchend.

Die Pat. war das unehelicheKind einer neurotischen Mutter. Schon in der Kindheit war sie nervös, schreckhaft und stimmungslabil. Sie litt unter Alpträumen und Angstzuständen. In der Pubertät zeigte sich eine latente lesbische Neigung.

1956 heiratete sie einen um 1 Jahr älteren Mann, von Beruf Gewürzgroßhändler. Die Familie lebte in guten finanziellen Verhältnissen in einem eigenen Haus. Die Ehe mit dem ruhigen Mann empfand die lebhafte und unausgeglichene Frau mit den Jahren mehr und mehr als Zwang. In sexueller Beziehung seien beide Partner "verklemmt". Zur Zeit der ersten Schwangerschaft fühlte sich die Pat. sehr wohl. Sie setzte ihre Hoffnung in das Kind, das 1961 geboren wurde, jedoch an einem schweren angeborenen Herzfehler(Eisenmenger-Komplex) litt. Gegen den Rat der Ärzte kam es erneut zur Schwangerschaft und 1965 zur Geburt des 2. Kindes. Auch hier lag der gleiche Herzfehler vor. Das Kind starb 2 Stunden nach der Geburt. Die Pat. mußte nun die Hoffnung, gesunde Kinder zu gebären, aufgeben. Sie litt seit der Zeit unter starker Schwängerungsangst und geriet in einen depressiven Zustand. Obwohl sie das lebende kranke Kind, das nur noch eine geringe Lebenserwartung hatte, liebte, fühlte sie sich durch die Erziehung des sehr schwierigen Kindes überlastet. Mehr auf

Initiative ihres Mannes wurde 1966 der Antrag auf St gestellt und durchgeführt. Die Pat. betonte ihre Zufriedenheit mit der St, obwohl sie unter dem nicht erfüllten Kinderwunsch litt. Auch ihr Mann wünschte sich noch ein Kind. Das Thema Kinderwunsch sei aber ein Tabu der Eheleute: "Man wird damit fertig, wenn man nicht daran rührt." Nachdem der Versuch, sich mit der Rolle als Frau und durch die Geburt gesunder Kinder mit der Rolle als Mutter zu identifizieren, mißlungen war, manifestierte sich bei der Pat. ein halbes Jahr nach St eine Angstneurose mit Claustrophobie. Auch gab sie ihren bisher latenten lesbischen Neigungen nach, verließ den Mann und das Kind für 4 Monate, um in einem Verhältnis mit einer jüngeren Frau zu leben. Damals habe sie ein starker Lebenshunger überfallen. Die Pat. kehrte zu ihrem Mann zurück, der trotz allem immer zu ihr gehalten hatte. 1970 unternahm die Pat. einen Selbstmordversuch. Die Pat. hat jetzt den Wunsch, ein Kind zu adoptieren.

Obwohl hier die St neben anderen Ursachen mit zu einer schweren psychischen Erkrankung geführt hatte, wäre die Geburt eines 3. schwer kranken Kindes ein noch schwereres Trauma gewesen.

51 Pat. = 59 % hätten die St ohne Erkrankung nicht durchführen lassen. Bei einem großen Teil dieser Frauen war die Schwangerschaft oder Geburt mit starken Beschwerden verbunden. Ihr Gesundheitszustand war so schlecht, daß sie durch die Geburt und Erziehung weiterer Kinder überfordert gewesen wären. Bei ihnen war die Erkrankung das eigentliche Motiv zur St.

5. Untersuchungsergebnis der 87 sterilisierten Pat.

5.1 Komplikationen nach Sterilisationsoperation

Die Sterilisationsoperation bei der Frau wird abdominal oder vaginal durch Tubenresektion oder Tubenligatur durchgeführt. Die hormonelle Funktion der Ovarien wird durch die Operation nicht beeinflußt, die Menstruation bleibt erhalten. Der stationäre Aufenthalt dauert 7 bis 10 Tage.

Beim Mann wird eine Vasektomie durchgeführt. Das ist kein abdominaler Eingriff, der auch ambulant durchgeführt werden kann. Die beiden in dieser Arbeit nachexplorierten Männer waren 2 und 3 Tage stationär. Auch hier bleibt die genitale Funktion erhalten, nur die Zeugungsfähigkeit wird ausgeschaltet.

Komplikationen nach dem operativen Eingriff der St traten in 6 Fällen = 7 % der 87 sterilisierten Pat. auf und führten nur zu vorübergehenden körperlichen Beschwerden. Diese hatten bei der Katamnese 2 bis 5 Jahre nach dem Eingriff keine Bedeutung mehr.

Ein Versagen der Operation wurde in einem Fall festgestellt. Alle Pat. blieben nach der St kinderlos.

1. Verwachsungen nach der Operation

   Die Frau wurde ein halbes Jahr darauf relaparatomiert und war danach beschwerdefrei.

2. Wundinfektion mit Sepsis

   Nach zweimonatiger stationärer Behandlung war die Frau beschwerdefrei.

3. Narbenbruch

   Nach vierwöchiger stationärer Behandlung beschwerdefrei.

4. Sekundärheilung der Wunde mit Thrombose.

   Nach sieben Wochen stationärer Behandlung Heilung.

5. Verzögerte Heilung nach vaginaler Operation.

6. Aufgrund der histologischen Untersuchung des Operationsmaterials und einer Röntgenkontrastdarstellung der Tuben stellte sich heraus, daß die Eileiter noch durchgängig waren. Vier Monate nach dem ersten Eingriff wurde erneut operiert und eine sichere Sterilität der Frau erreicht. Zu einer erneuten Schwangerschaft zwischen den Operationen kam es nicht.

Bei diesen Frauen war die St-Operation mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbunden. Durch die postoperativen Komplikationen kam es jedoch nicht zu Dauerschäden.

5.2 Subjektive Einstellung der Pat. zur St

pos. Einstellung	70 Pat. = 80 %	(darunter 8 debile Pat.)
neg. Einstellung	6 Pat. = 7 %	(darunter 4 debile Pat.)
indifferent	4 Pat. = 5 %	(darunter 2 debile Pat.)
keine Antwort	7 Pat. = 8 %	(7 debile Pat.)

Nicht in jedem Fall stimmte die Einstellung der Pat. mit unserer objektiven Wertung überein.

Bei einer der 70 Pat. mit positiver Einstellung kam es nach der St zu schweren psychischen Störungen. Siehe Fallbeschreibung III (Seite 19). Hier lag eine genetische Indikation zur St vor. Die neurotische Fehlentwicklung der Pat. war bei der Indikationsstellung nicht deutlich geworden. Diese Frau hatte die auslösende Funktion der St verdrängt. Im Katamnesegespräch

äußerte sie ihre Zufriedenheit mit der St, bemerkte aber "das Thema Kinder ist für mich und meinen Mann tabu". Die Frage, ob sie einen Zusammenhang der St mit den darauffolgenden Ängsten, Depressionen und dem Ausleben ihrer lesbischen Neigungen sähe, beantwortete sie mit nein. Allerdings war eine konsequente Schwangerschaftsverhütung angezeigt, da die Frau 2 Kinder mit schwerem Herzschaden geboren hatte.

Bei 2 Pat. mit negativer und 2 Pat. mit indifferenter Einstellung zur St ergaben sich nach dem Eingriff psychisch bedingte Störungen. Läßt man debile Pat., die ihre eigene Situation nur ungenügend beurteilen könnten, außer acht, so ergibt sich, daß von 13 Pat. mit negativen Folgeerscheinungen nur 4 Pat. die St nachträglich ablehnten oder sich indifferent äußerten.

Nur bei 3 der 6 debilen Pat., die die St nachträglich ablehnten oder sich indifferent äußerten, ließen sich ungünstige Auswirkungen der St feststellen.

Ihre negative Einstellung war in einer Trotzhaltung den Eltern gegenüber oder anderen Personen, die die St veranlaßt hatten, mitbegründet.

Die positive Beurteilung der St durch die Pat. liegt einesteils darin, daß die Vorteile einer sicheren Schwangerschaftsverhütung die Nachteile überwogen, andererseits wurde die St als Ursache der psychischen Alteration verdrängt.

5.3 Art und Dauer psychischer und physischer Auswirkungen nach St

I	Besonders günstige Auswirkungen	(pos.+)	9 Fälle	= 10 %
II	Positive Auswirkungen	(pos.)	52 Fälle	= 60 %
III	Kurzzeitige Störungen bis zu einem halben Jahr nach St	(k.St.)	13 Fälle	= 15 %
IV	Langzeitige Störungen	(l.St.)	13 Fälle	= 15 %

5.31 Besonders günstige Auswirkungen

Bei 9 Pat. trat eine besonders günstige Entwicklung nach der St ein. Ihr Selbstgefühl wurde durch den Eingriff nicht beeinträchtigt. Sie empfanden die St als Entlastung, da sie zuvor durch eine starke Angst vor erneuten Schwangerschaften beeinträchtigt waren.

Von den 9 Pat. berichteten

3 Pat. über gesteigerte Leistungsfähigkeit und bessere körperliche Gesundheit

1 Pat. über eine positivere Einstellung zur Umwelt und zum Leben im Allgemeinen (psychiatrische St-Indikation)

2 Pat. über eine bessere Zuwendung zu ihren Kindern

3 Pat. über eine angstfreie sexuelle Beziehung, die sich günstig auf das Partnerverhältnis auswirkte.

Alle Pat. betonten, daß sich ihre Situation durch die St in positiver Weise verändert habe.

Fallbeispiel IV

23/66, Frau G., bei St 29 Jahre alt, Hausfrau.
Katamnese 5 Jahre nach St.
Indikation genetisch: 2 von 3 Kindern an progressiver spinaler Muskeldystrophie erkrankt.

Bei der Katamnese wirkte die Pat. ausgeglichen, realitätsbezogen und selbstbewußt. Auch der Ehemann nahm an dem Gespräch teil. Er war freundlich und humorvoll. Das Verhältnis der Eheleute zueinander war offensichtlich gut. In der Familienanamnese der Frau und des Mannes war kein Fall von progressiver spinaler Muskeldystrophie bekannt.

1958 heiratete die Frau einen um 1 Jahr älteren Mann, von Beruf Fußbodenverleger. 1959 Geburt des 1. Kindes, das an progressiver spinaler Muskelatrophie erkrankte und bei der Katamnese mit 12 Jahren völlig auf fremde Hilfe angewiesen war. 1962 Geburt eines gesunden Kindes. Das jüngste Kind, Geburt 1964, litt an der gleichen Erkrankung wie das 1. und starb mit 4 1/2 Jahren einen qualvollen Tod.

Oralen Antikonzeptiva gegenüber war die Frau skeptisch eingestellt. Nach der Geburt des 3. Kindes litt sie an starker Schwängerungsangst. Die sexuelle Beziehung war gestört. Auf Initiative der Frau wurde 1967 der Antrag auf St gestellt und durchgeführt. Weiterer Kinderwunsch bestand bei beiden Partnern nicht.

Nach der St fühlte sich die Frau freier. Die Partnerbeziehung war besonders im sexuellen Bereich erheblich gebessert, so auch die Beziehung zu den Kindern. Die Frau äußerte: "Ihr Leben hätte sich nach der St um 180 Grad geändert."

Fallbeispiel V

11/67, Frau H., bei St 27 Jahre alt, Hausfrau.
Katamnese 4 Jahre nach St.
Indikation: Eitrige Bronchiektasen, Zustand nach rechtsseitiger Lungenresektion.

Bei dem Gespräch war die Pat. in einem guten Allgemein- und Kräftezustand, wirkte ausgeglichen und aufgeschlossen. Die Pat. wuchs in harmonischen Familienverhältnissen auf, heiratete 1958 einen um 9 Jahre älteren Mann, von Beruf Busfahrer. Ihren Beruf als Schneiderin hatte die Pat. schon vor der Ehe aus gesundheitlichen Gründen aufgeben müssen. 1945 erkrankte sie an Lungen-Tbc, 1946 an Wirbelsäulen-Tbc, die später ausheilte. 1957 wurde eine rechtsseitige Lungenresektion vorgenommen.

Das Ehepaar wünschte sich 2 Kinder, die 1963 und 1967 geboren wurden. In beiden Schwangerschaften litt die Pat. an Hyperemesis gravidarum und mußte künstlich ernährt werden. Orale Antikonzeptiva habe die Pat. nicht vertragen. Während der 2. Schwangerschaft wurde der Antrag auf St durch einen Gynäkologen während des Krankenhausaufenthaltes der Pat. gestellt und gleich nach der Geburt des 2. Kindes, das durch Sectio zur Welt kam, durchgeführt. Der Grund für den Antrag waren die Schwangerschaftskomplikationen, nicht die Belastung durch die lebenden Kinder, in deren Erziehung die Pat. ihre Lebensaufgabe sah. Nach der St habe die vorher unterernährte Pat. an Gewicht zugenommen, das wurde auch von ihrem Mann begrüßt. Sie sei jetzt kräftiger, körperlich gesünder und äußerte: "Seit der St bin ich überhaupt erst ein Mensch."

Wahrscheinlich hatte die Magersucht auch psychische Gründe, die dem Bewußtsein der Pat. nicht zugänglich waren und sich in einer Appetitlosigkeit äußerten, ein Wider-

stand gegen die Reifung vom Kind zur Frau. Dafür spräche auch die Wahl des um 9 Jahre älteren Ehemannes, der dem Vaterbild nahe kam, sowie die Beschwerden in der Schwangerschaft - ohne die Kinder selbst abzulehnen - mit denen sie selbst wieder Kind sein konnte.

5.32 Positive Auswirkungen

Bei 52 Pat. hatte die St ähnlich positive Auswirkungen. Das Leben dieser Pat. war aber durch die St nicht in so besonderem Maße beeinflußt worden wie in der vorhergehenden Gruppe.

Günstige psychische Auswirkungen zeigten sich in besseren zwischenmenschlichen Beziehungen zum Ehepartner und zu den Kindern. Durch das Wegfallen der Schwängerungsangst verbesserte sich oft durch die psychische Entlastung auch der körperliche Zustand. Bei schweren körperlichen Leiden fühlten sich die Frauen auch durch 1 oder 2 Kinder überlastet. Zu den günstigen körperlichen Auswirkungen der St zählte die Besserung von Erschöpfungszuständen bei großer Kinderzahl und schnell aufeinanderfolgenden Geburten, besonders, wenn die Frau aus finanziellen Gründen mit zum Unterhalt der Familie beitragen mußte.

Fallbeispiel VI

13/67, Frau W., bei St 32 Jahre alt, Montiererin.
Katamnese 4 Jahre nach St.
Indikation: sozial-medizinisch, Varicosis, Hypertonie, 8 Kinder.

Bei der Katamnese wirkte die Frau vorgealtert und überarbeitet. Sie war ruhig und entgegenkommend. Das Verhalten des Ehemannes war poltrig, distanzlos und un-

differenziert. Die zehnköpfige Familie lebte in einer mäßig eingerichteten 4-Zimmerwohnung. Zur Zeit der St waren die Wohnverhältnisse noch beengter gewesen. Der Ehemann war von Beruf Bauarbeiter. Das Einkommen des Mannes reichte knapp, um die Familie zu ernähren. Das jüngste der 8 Kinder war 4 Jahre, das älteste 16 Jahre alt. Zur Zeit der Katamnese war die Frau nicht mehr berufstätig.

Während der letzten Schwangerschaften und in der Zeit, in der sie die "Antibaby-Pille" genommen hätte, sei sie überreizt und aggressiv gewesen. Der Ehemann sei gegen die "Pille" gewesen. Er war der Meinung, daß diese körperlich krank mache und habe ihr die weitere Einnahme verboten.

Das Ehepaar hatte sich 3 Kinder gewünscht. 8 Kinder wären aber eine zu große Belastung. 2 der Kinder sollten zur Adoption freigegeben werden, die Mutter konnte sich aber letztlich nicht für diesen Schritt entscheiden, weil sie keines ihrer Kinder missen wollte.

Mit der St sind beide Ehepartner zufrieden. Die Frau berichtete, daß die Angst vor einer neuen Schwangerschaft wie ein Druck auf ihr lastete. Die sexuelle Beziehung der Partner habe sich gebessert.

5.33 Kurzdauernde Störungen

13 der 87 sterilisierten Pat. hatten psychische Störungen nach der St, die aber 1/2 Jahr danach keine Bedeutung mehr hatten.

Unter diesen Pat. waren 8 debil, 4 leichten und 4 mittleren Grades.

5 Pat. mit internistischen Leiden waren psychisch und geistig gesunde Frauen, die sich ihr Leben ohne Kinder nicht hätten vorstellen können. Sie hätten die St ohne ihre Erkrankung nicht durchführen lassen.

Die debilen Pat. waren über die St und ihre Folgen aufgeklärt worden, waren aber in ihrem Entschluß zu dem Eingriff in ihrer Freiwilligkeit eingeschränkt. Meist erfolgte die St auf Initiative der Eltern.Die Pat. äußerten in der ersten Zeit nach dem Eingriff ihr Bedauern über die St und fühlten sich in ihrer Körperintegrität verletzt, z.B.: "Jetzt bin ich ja keine Frau mehr." Zudem stand bei ihnen oft ein unerfüllter Kinderwunsch im Vordergrund, obwohl keine von ihnen in der Lage gewesen wäre, allein zu leben und für die Kinder zu sorgen.

Die Eltern berichteten, daß ihre Töchter nach der St besonders aggressiv oder deprimiert und traurig waren. Bei der Katamnese dieser Pat. war das Erlebnis der St verblaßt.

Fallbeispiel VII

6/68, Frl. K., bei St 25 Jahre alt, berufslos.
Katamnese 4 Jahre nach St
Indikation: Leichte Debilität und "Psychopathie mit hysterischen Dämmerzuständen".

Bei der Katamnese wirkte die Pat. lebhaft, kritiklos und affektlabil. Kopfrechenaufgaben des kleinen Einmaleins wurden nur zum Teil gelöst.

Die Pat. hatte erst mit 3 1/2 Jahren Sprechen gelernt und später die Hilfsschule besucht. Danach arbeitete sie nicht und lebte bei ihrer Mutter. Die Eltern waren geschieden. Seit dem 14. Lebensjahr litt sie an hysterischen Dämmerzuständen, die in den Schwangerschaften

gehäuft auftraten. 1965 und 1968 kam es zur Geburt von 2 unehelichen Kindern verschiedener Väter. Beide Kinder waren schwachsinnig. Die Pat. war weder in der Lage für sich, noch für die Kinder zu sorgen. Sie konnte leichte Arbeiten unter Anleitung der Mutter verrichten. Ihr fehlte jedoch die Übersicht. Selbst über längere Zeit etwas zu planen, gelang ihr nicht. Die Schwangerschaften waren durch ihr sexuell triebhaftes und kritikloses Verhalten zustande gekommen.

Die Mutter der Pat. fühlte sich durch die Sorge für die Tochter und die Erziehung deren Kinder überlastet. Auf ihre Initiative wurde 3 Monate nach der Geburt des 2. Kindes die Sterilisation durchgeführt. Die Pat. weigerte sich anfangs, gab dann aber dem Wunsch der Mutter nach. Über die St und ihre Folgen war die Pat. aufgeklärt worden und konnte die Tragweite des Eingriffs verstandesgemäß fassen.

Nach der St war die Pat. in ihrer Stimmung wechselnd traurig oder aggressiv. Es kam oft zu Streitereien mit der Mutter. Auch glaubte sie, immer dicker zu werden und erneut schwanger zu sein. Unbewußt drückte sie so ihren Kinderwunsch aus. Sie hatte die Befürchtung, falls sie einmal heirate, könnte sie der Mann wegen der St ablehnen.

Ein halbes Jahr nach der St wurde das Verhalten der Pat. ausgeglichener. Sie war weniger sexuell umtriebig und kümmerte sich mehr um die Kinder. Bei dem Katamnesegespräch äußerte sie sich zufrieden mit der St.

Bei den 5 psychisch und geistig gesunden Frauen mit kurzdauernden Störungen stand der Wunsch nach weiteren Kindern mit der Angst vor erneuten Schwangerschaften im Widerstreit. Sie äußerten, daß sie gefühlsmäßig noch weitere Kinder wünschten, sie aber verstandesmäßig ablehnen müßten. Die Frauen waren

verheiratet, lebten in geordneten Verhältnissen und in einer guten Ehe. Sie hatten 1 bis 4 Kinder. Für diese Frauen bedeutete das Gebären und die Erziehung der Kinder eine Lebensaufgabe. Andererseits litten sie an schweren internistischen Erkrankungen, die die Schwangerschaft und Geburt kompliziert hatten. Auch waren sie durch ihren schlechten Gesundheitszustand nur mit Mühe in der Lage gewesen, für ihre Kinder zu sorgen.

Eine dieser Frauen verstarb 3 Jahre nach der St an ihrer Grunderkrankung, einem schweren Herzleiden. Der Gesundheitszustand der übrigen Pat., die an schweren Nieren-, Leber- und Lungenerkrankungen litten, hatte sich gebessert.

Wie auch GREVE beschreibt, machte das Drängen der Ärzte auf die St diesen Pat. die Schwere der Erkrankung erst bewußt. Auf Grund ihres Leidens waren sie in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Durch den Verlust der Gebärfähigkeit traten jetzt noch Zweifel an ihrem Wert als Frau hinzu.

Die Entwicklung dieser Pat. nach der St verlief aber günstig. Durch das Wegfallen der Schwängerungsangst besserten sich die sexuellen Beziehungen zu ihrem Partner und damit ihr weibliches Selbstgefühl. Durch den gebesserten Gesundheitszustand waren sie nun in der Lage, für den Haushalt und die Kinder zu sorgen. Dadurch fühlten sie sich als Frau und Mutter erneut bestätigt. Eine Pat. kompensierte ihren unerfüllten Wunsch nach weiteren Kindern, indem sie in ihren Beruf als Sekretärin zurückging.

Die Verarbeitung der Probleme, die sich nach der St stellten, gelang diesen Pat. auf einer realitätsgerechten Basis. Sie waren mit der St bei der Katamnese zufrieden.

Die psychische Gesundheit, die günstigen wirtschaftlichen und familiären Verhältnisse, all diese Frauen lebten in einer guten Ehe, waren gute Voraussetzungen für die erfolgreiche psychische Verarbeitung der St.

Fallbeispiel VIII

19/69, Frau W., bei St 33 Jahre alt, Hausfrau.
Katamnese 2 Jahre nach St
Indikation: Schwere Nierenschädigung, Hypertonie.

Bei der Katamnese wirkte die Pat. ausgeglichen, zufrieden und psychisch unauffällig.

Die Pat. heiratete 1958 einen um 2 Jahre älteren Mann, von Beruf Bahnbeamter und gebar 1959 ein gesundes Kind. Seit dieser Schwangerschaft manifestierte sich eine Nierenerkrankung mit Hypertonie. In den Jahren 1961 bis 69 folgten 3 Fehlgeburten und eine Todgeburt, die die Pat. durch schwere Komplikationen von seiten der Nieren in Lebensgefahr brachten. Der Versuch, Schwangerschaften durch orale Antikonzeptiva zu verhindern, schlug fehl und führte zu einem Eiweißanstieg im Urin.

Auf den Rat der Ärzte und nach eingehender Besprechung mit ihrem Mann wurde 1969 die St durchgeführt.

Die Frau hatte sich noch ein 2. Kind gewünscht und litt in der ersten Zeit nach der St unter dem unerfüllten Kinderwunsch, war jedoch gleichzeitig von der Angst, wieder schwanger zu werden, befreit. Nach dem Eingriff befürchtete die Pat. ungünstige Folgeerscheinungen unbestimmter Art, die jedoch nicht eintraten.

Die sexuelle Beziehung, die durch die Schwängerungsangst vor der St gestört und nur unter Vorsichtsmaßnahmen möglich war, besserte sich nur langsam. Das Ehepaar war an jahrelange Vorsicht gewöhnt und konnte sich nach der St nur schwer umstellen. 2 Jahre nach der St fühlten sich beide Partner im sexuellen Bereich freier. Der Gesundheitszustand der Pat. hatte sich gebessert.

BARGLOW beschreibt die nur kurz dauernden depressiven Verstimmungen nach der St als Reaktion auf den Verlust der Gebärfähigkeit mit erfolgreicher Durcharbeitung. Er nennt diese eine abgeschlossene Verarbeitung im Gegensatz zu einer fehlenden oder nicht abgeschlossenen Verarbeitung. 6 bis 12 Monate nach dem Eingriff war die Verstimmung überwunden. Die St wurde von den Frauen bewußt akzeptiert. Sie hatten ein Gefühl neuer Freiheit und empfahlen die St anderen weiter. BARGLOW beschreibt diese Reaktionsweise bei psychisch gesunden Frauen.

5.34 Länger dauernde Störungen nach St

13 der 87 sterilisierten Pat. litten noch bei der Katamnese 2 bis 5 Jahre nach dem Eingriff unter Störungen, die auf die St zurückzuführen waren.

9 Pat. reagierten mit psychischen Störungen, bei 4 Pat. äußerten sich die seelischen Spannungen nach St in körperlichen Symptomen:

a) psychische Störungen	
Bedrücktheit wegen unerfüllten Kinderwunsches	3 Pat.
Gefühl der verletzten Körperintegität	4 Pat.
Sexuelle Haltlosigkeit und Bindungsunfähigkeit	1 Pat.
Manifestation einer Neurose	1 Pat.
b) körperliche Symptome	
Dysmenorrhoe bei vor St schmerzfreier Menses	3 Pat.
Colitis ulcerosa	1 Pat.

2 debile Pat., die vor St keine Schwängerungsangst verspürt hatten, waren wegen ihres nunmehr unerfüllbaren Kinderwunsches bedrückt, obwohl sie 2 und 3 Kinder hatten, die ebenfalls debil waren und in Heimen lebten. Beide Pat. waren bei der Katamnese verheiratet, eine hatte erst nach der St wieder geheiratet. Beide Pat. waren in ihrer Entscheidungsfähigkeit zur St eingeschränkt gewesen. Eine Pat. äußerte, sie wäre von ihrer Mutter zur St "erpreßt" worden. Bei ihr bestand jedoch eine starke Verleugnungstendenz, da sie bei der Gutachteruntersuchung einen weiteren Kinderwunsch verneint hatte. Sie war damals geschieden und hatte 3 Kinder von verschiedenen Vätern. Nach der Heirat wünschten sich beide Partner ein Kind. Bei dem Thema Kinder und St brach die Pat. in Tränen aus.

Die 2. debile Pat. lebte in schlechter Ehe mit einem Trinker. Nach der St hatte sie ihr Mann abwertend behandelt und ihr vorgeworfen, sie sei ja nun keine Frau mehr. Beide Pat. wären nicht in der Lage gewesen, ein Kind zu erziehen.

Die 3. Pat. war wegen Epilepsie sterilisiert worden. Ihr einziges Kind starb 1 Jahr nach der St. Ohne Kind empfand sie das Leben leer und sinnlos.

4 Pat. litten nach der St unter dem Gefühl der verletzten Körperintegrität.Die 4. Frau, eine ledige Pat. mit schwerem Herzleiden fürchtete, als Frau von Männern abgelehnt zu werden. Sie hatte den Wunsch zu heiraten, bezweifelte aber, daß sich ein Mann bereit finden könnte, eine sterilisierte Frau zu heiraten.

Die 5. Pat. fühlte sich durch ein schweres Leberleiden beeinträchtigt. Dieses Gefühl wurde durch die St noch verstärkt und kam in ihrer Bemerkung: "Nun bin ich ja nur noch ein halber Mensch" zum Ausdruck.

Die 6. Pat. mit schwerer Nierenerkrankung und 5 Kindern, die schon vor der St unter Depressionen litt, lebte in einer schlechten Ehe mit einem Mann, der Kinder grundsätzlich ablehnte. Auf Drängen des Mannes hatte sie die St durchführen lassen. Sie gab zwar an, daß sich das Verhältnis zu ihrem Mann nach der St entspannt und gebessert hätte, sie und besonders ihr Mann seien mit der St zufrieden. Bei dem Gespräch war die Pat. stark affektiv beteiligt und äußerte am Schluß, daß der Preis der St zu hoch gewesen sei, den sie mit dem Verlust ihres Gefühls, eine normale Frau zu sein, bezahlt hätte.

Die 7., eine schizophrene Pat. mit 6 stationären Aufenthalten vor der St, wurde 14 Tage vor ihrer Hochzeit mit 21 Jahren sterilisiert.Die Mutter der Pat. war ein Jahr zuvor selbst nach einer SAB sterilisiert worden und veranlaßte auch die St der Tochter. Die Pat., die in einem starken Abhängigkeitsverhältnis zur Mutter stand, wagte nicht, ihr zu widersprechen und erklärte sich mit der St zufrieden, obwohl sie sich nach dem Eingriff bedrückt fühlte und sich selbst nicht mehr als vollwertige Frau empfand. Der vorher normale sexuelle Verkehr war kaum noch möglich, sie war nach der St völlig frigide.

Fallbeispiel IX

13/66, Frau H., bei St 22 Jahre alt, Serviererin.
Katamnese 5 Jahre nach St
Indikation: 3. Sectio, verengtes Becken.

Bei der 8. Pat. wurde die St nach der 3. Schnittentbindung durchgeführt. Zu dieser Zeit war sie 22 Jahre alt und seit 4 Jahren mit einem um 2 Jahre älteren Mann, einem Taxifahrer, verheiratet. Trotz Einnahme der "Pille", die wahrscheinlich unregelmäßig war, kam es zur

3. Schwangerschaft. Das erste Katamnesegespräch 5 Jahre nach der St fand mit dem geschiedenen Ehemann der Pat. statt. Er berichtete, daß sich seine Frau nach der St verändert habe, kaum noch für ihn oder die Kinder Interesse zeigte, eine Stelle als Serviererin bei den Amerikanern angenommen hatte und wechselnde Männerbekanntschaften eingegangen sei. Ein Jahr nach dem Eingriff wurde die Ehe geschieden. Das jüngste Kind wurde von der Schwester der Pat. adoptiert, die beiden älteren Kinder blieben bei dem Vater. Im Gespräch mit der Pat. selbst sprach diese von dem Vorschlag des Arztes zur St, den sie bereitwillig aufgegriffen habe. Die Schnittentbindungen seien belastend gewesen, auch wollte sie keinesfalls weitere Kinder. Nach der St habe sie einen starken Lebenshunger verspürt. Sie wollte nicht mehr zu Hause sitzen sondern das Leben genießen. 2 Jahre nach der Scheidung habe sie erneut geheiratet, aber auch diese Ehe sei bald wieder geschieden worden. Die St bedauere sie nicht, jedoch die Trennung von ihrem ersten Mann. Sie sei mit ihrem unsteten Leben nicht zufrieden. Sie empfinde es als leer und ziellos. Die St hatte hier eine auslösende Funktion. Die Vorbedingungen für die sexuelle Haltlosigkeit der Pat. nach dem Eingriff lagen in ungünstigen Bedingungen der Kindheit. Die Pat. hatte ihren Vater früh verloren, die Mutter heiratete erneut und gab das Kind zu den Großeltern. Die Tatsache des "broken home" bedingte hier eine instabile Persönlichkeitsentwicklung. Im Gegensatz zu den anderen Pat. reagierte sie nicht mit Depressionen sondern entwickelte einen starken Lebenshunger, der ihr aber keine Befriedigung vermittelte.

Bei der 9. Pat., St aus genetischen Gründen, kam es nach dem Eingriff zur Manifestation einer Neurose. Der Fall wurde bereits auf Seite 19 beschrieben.

Bei 4 Pat., der 10. bis 13. Pat., entwickelte sich eine körperliche Symptomatik nach der St. In der ersten Zeit nach der St waren sie deprimiert, erst später stellten sich die körperlichen Beschwerden ein.

3 Pat. litten unter einer Dysmenorrhoe bei vorher beschwerdefreier Menses. Eine debile Pat. äußerte: "Es ist, als hätte ich Wehen." Bei einer an Cyclothymie leidenden Pat. war die Menses mit starken Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen verbunden. Sie war geschieden und kinderlos. Bei einer an Multipler Sklerose erkrankten kinderlosen Pat. wurde die St erst nach langem Zögern der Pat. und auf Drängen der Ärzte und des Ehemannes durchgeführt. Das eheliche Verhältnis war gespannt. Bei der Pat. bestanden sowohl ein starker Kinderwunsch wie eine starke Schwängerungsangst. Sie hatte in der Klinik eine andere MS-Pat. kennengelernt, die nach der Geburt eines Kindes nicht mehr laufen konnte. Nun befürchtete sie das gleiche Schicksal. Andererseits hoffte sie, trotz deutlicher Symptome, wie Sehstörungen und Schwäche der Beine, die in bereits 4 Schüben aufgetreten waren, die Ärzte hätten sich in der Diagnose getäuscht. Nach der St brach sie oft in Tränen aus, wenn sie Kinder sah, oder die Periode bekam, die ihr jetzt sinnlos erschien. Später stellten sich krampfartige Schmerzen bei der Menses ein.

Die 13. Pat. erkrankte nach der St an einer Colitis ulcerosa.

Fallbeispiel X

4/66, Frau T., bei St 26 Jahre alt, Hausfrau.
Katamnese 5 Jahre nach St
Indikation: Mitral- und Aortenstenose.

Bei dem Katamnesegespräch wirkte die Pat. freundlich, selbstsicher und stark willentlich bestimmt.

Seit ihrer Jugend litt sie an einem rheumatisch bedingten Mitral- und Aortenfehler mit Stenocardien und gelegentlichen Decompensationszeichen des Herzens. In den Jahren 1957 bis 61 wurden 3 Herzoperationen, Commissurotomien des Mitralostiums, vorgenommen. Durch ihre Erkrankung fühlte sich die Pat. stark eingeschränkt und löste 1961 ihre Verlobung, weil sie den Mann nicht als kranke Frau belasten wollte. 1961 heiratete sie jedoch diesen um 3 Jahre älteren Beamten. In den ersten Jahren der Ehe litt die Pat. unter starken sexuellen Hemmungen, überwand diese jedoch durch das verständnisvolle Verhalten ihres Mannes. 1965 zeigten sich erneut Decompensationserscheinungen des Herzens. Orale Antikonzeptiva waren kontraindiziert. Darauf wurde 1966 die St durchgeführt. Nach der St bestand noch ein Kinderwunsch auch bei dem Ehemann, obwohl die Schwängerungsangst vor der St groß und der sexuelle Verkehr nur durch coitus interruptus möglich war. Die Pat. zweifelte jetzt daran, ob ihr Mann es bei ihr als kranker und kinderloser Frau aushalten würde. Die Herzbeschwerden hatten sich gebessert, jedoch trat 2 Jahre nach der St eine colitis ulcerosa auf. Hier fand vermutlich eine Verschiebung psychischer Energie von der Besetzung seelischer Prozesse zur Besetzung somatischer Innervation statt.. Die Angst, ihren Mann zu verlieren und ihr Beeinträchtigungsgefühl wurden durch die St verstärkt. Der Konflikt wurde von der sehr willensstarken Pat. verdrängt und äußerte sich in somatischen Beschwerden (der colitis ulcerosa), obwohl die schon vor St gute Ehe sich durch die nun angstfreie sexuelle Beziehung noch verbessert hatte. Beide Ehepartner waren mit der St zufrieden, da die schwer herzkranke Frau der Geburt und Erziehung von Kindern nicht gewachsen gewesen wäre.

Die Pat. hatte das Gebären als nicht zu erfüllende Forderung empfunden, wobei außer der schweren Herzkrankheit auch neurotische Faktoren eine Rolle spielen können. Sie kompensierte die Trauer über den Verlust der Gebärfähigkeit in der Ausbildung des Symptoms. Das Beeinträchtigungsgefühl und die Angst vor Objektverlust, die nach der St aufgetreten waren, wurden so durch das körperliche Symptom abgelöst.

Nach ALEXANDER treten Konflikte wegen sexueller Beziehungen, besonders im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Aborten, als auslösende Faktoren der colitis ulcerosa in Erscheinung.

Zwei emotionale Faktoren wirken zusammen. Der eine ist die versagte Strebung, eine Verpflichtung auszuführen, sei es biologischer, moralischer oder materieller Art. Der andere ist ein vereitelter Ehrgeiz, etwas zu vollbringen, was eine konzentrierte Energieausgabe verlangt. Bei Menschen mit dieser Art emotioneller Fixierung kann eine Regression auf die anale Form des Gebens stattfinden. Eine somatische Disposition begünstigt die Ausbildung der Symptomatik der colitis ulcerosa.

Im Gegensatz zu den Pat. mit nur kurz dauernden Störungen (mit Ausnahme der debilen Pat.) gelang es diesen Pat. nicht, den Konflikt, der durch die St entstanden oder verstärkt worden war, erfolgreich zu verarbeiten. Einige waren auf Grund ihrer Erkrankung in ihrer Leistungs- und Genußfähigkeit eingeschränkt und erlebten die St als weitere Minderung ihres Selbstwertgefühls und als Verletzung ihrer Körperintegrität. Auch in ihrer Rolle als Frau fühlten sie sich verunsichert und litten unter der Endgültigkeit der St. Die Ausbildung körperlicher Symptome, die bei 4 Pat. eintrat, ist als nicht geglückter Verarbeitungsversuch psychischer Konflikte anzusehen.

Ungünstige Einflüsse, die zu der negativen Entwicklung führten, waren die Einschränkung der Freiwilligkeit bei der Entscheidung zur St. Bei 6 Pat. wurde der Eingriff auf Drängen der Ärzte, des Ehemannes oder der Eltern durchgeführt. 3 Pat. waren durch schlechte Eheverhältnisse belastet. Eine Pat. bedauerte die St nach dem Tod ihres einzigen Kindes, ähnlich ging es einigen kinderlosen Pat. Fast alle Pat. hatten den Wunsch, Kinder zu gebären, in 2 Fällen auch der Ehemann, obwohl sie verstandesmäßig auf Grund ihrer Erkrankung weitere Kinder ablehnten. So waren mehrere innere und äußere ungünstige Bedingungen kombiniert, die eine erfolgreiche Verarbeitung der St verhinderten und zu den beschriebenen Störungen führten.

5.4 Statistische Daten in bezug auf Sterilisationserfolg

5.41 Indikation

		9 Fälle pos.+	52 Fälle pos.	13 Fälle k.St.	13 Fälle D.St.
Gynäkologisch	8 Fälle= 9%	2	5	-	1
Internistisch	21 Fälle=24%	2	10	5	4
Soz.-med.	8 Fälle= 9%	2	6	-	-
Psychiatrisch	42 Fälle=49%	1	27	8	6
Neurologisch	3 Fälle= 3%	-	2	-	1
Genetisch	5 Fälle= 6%	2	2	-	1

pos. + = besonders günstige Entwicklung nach St
pos. = keine oder pos. Folgeerscheinungen nach St
k.St. = kurz dauernde Störungen nach St
D.St. = Dauerstörungen nach St

Bei 8 gynäkologischen Indikationen wurde die St in 4 Fällen im Anschluß an die 2. bis 4. sectio durchgeführt. Nach H. MUTH ist der Uterus nach einer sectio narbengeschwächt und besonders

rupturgefährdet, so daß die St hier als therapeutischer Eingriff zu verstehen ist. In 3 Fällen lag eine Rh-Inkompatibilität vor. Eine Frau litt unter habituellen Aborten bei starkem Kinderwunsch, der durch jeden Abort enttäuscht wurde. Hier fand eine günstige Entwicklung nach St statt. Das Ehepaar adoptierte 2 Kinder. Nur in einem Fall hatte die St negative Folgeerscheinungen.

In 21 Fällen wurde die St wegen internistischer Erkrankungen durchgeführt, in 5 Fällen Lebererkrankungen, in 5 Fällen Nierenerkrankungen, in 2 Fällen Lungenerkrankungen, in 5 Fällen Herzleiden, in 3 Fällen schwerer Diabetes und in 1 Fall Varikose und Thrombose.

In 8 Fällen wurde die St aus sozial-medizinischen Gründen durchgeführt. Die Frauen waren vor dem Eingriff in einem schlechten Gesundheitszustand und hatten 3 bis 9 Kinder.

In 42 Fällen fand die St aus psychiatrischer Indikation statt.In 5 Fällen lag eine Epilepsie mit Wesensveränderung vor, in 3 Fällen Epilepsie ohne Wesensveränderung, in 8 Fällen eine Schizophrenie, in 3 Fällen eine Cyclothymie, in 2 Fällen eine neurotische Entwicklung mit Schwangerschaftsphobie und in 21 Fällen eine Debilität.

Fallbeispiel XI

2/65, Frl. B., bei St 25 Jahre alt, Elektromesserin.
Fremdkatamnese 5 Jahre nach St
Indikation: Psychoneurotische Persönlichkeitsstörung mit Suicidgefahr und unüberwindlicher Abneigung gegen Kinder.

Die Mutter der Pat. litt an Depressionen und verhielt sich gegen das 1. Kind gleichgültig. Das 2. Kind, die Pat., war unerwünscht. Ihr gegenüber zeigte die Mutter

Abneigung und Haß. Die Mutter wurde nach der Geburt dieses Kindes sterilisiert. Als Kind litt die Pat. an Ernährungsstörungen und Rachitis. Sie verlebte das 3. bis 8. Lebensjahr in verschiedenen Heimen. Auf Wunsch des Vaters kehrte die Pat. mit 9 Jahren ins Elternhaus zurück. Das Verhalten der Mutter ihr gegenüber hatte sich nicht geändert. Seit der Zeit litt die Pat. unter Angstzuständen. Seit dem 15. Lebensjahr ging die Pat. Kindern aus dem Weg. Besonders Babygeschrei versetzte sie in Panikstimmung. Der Gedanke, einmal eigene Kinder haben zu können, war ihr unerträglich. Mit 19 Jahren stellte sie den ersten Antrag auf Sterilisation, der wegen ihrer Jugend abgelehnt wurde. Nach einer stationär psychiatrischen Behandlung 1963 wurde eine psychoanalytische Behandlung eingeleitet. Trotz einer 2-jährigen Behandlung blieb die Abneigung gegen Kinder bestehen. Sie wünschte sich die Geborgenheit einer Ehe, ging aber jedem Mann aus Angst vor einer möglichen Schwangerschaft aus dem Weg. Die Angst vor einer Empfängnis verstärkte sich und verfolgte sie ständig. So wurde 1965 die St durchgeführt. Orale Antikonzeptiva waren der Pat. nicht sicher genug. Die Pat. blieb bis 1967 in psychoanalytischer Behandlung. Nach Auskunft des psychoanalytischen Institutes hatte die Pat. die St in positiver Weise verarbeitet. Sie war zu Partnerbeziehungen fähig, die zuerst locker und kurzzeitig waren. 1969 sei sie mit einem Amerikaner nach USA ausgewandert. Depressionen oder Suicidgedanken waren nicht mehr aufgetreten.

Bei 21 Pat. war die Indikation zur St Debilität. Das sind ein Viertel aller sterilisierten Pat. und die Hälfte aller psychiatrischen Indikationen. Bei 9 Pat. war die Debilität leichten, bei 11 Pat. mittleren und 4 Pat. schweren Grades. 12 dieser Pat. hatten keine Kinder. Die Kinder von 6 Pat. lebten in Heimen, die Kinder von 3 Pat. wurden von den

Eltern der Pat. versorgt. Nur 3 Pat. waren verheiratet. 8 dieser Pat. litten unter kurz dauernden Störungen, 3 unter länger dauernden Störungen nach St, die sich in depressivem oder aggressivem Verhalten, in hypochondrischen Befürchtungen oder Beeinträchtigungsideen äußerten. 6 Pat. konnten wegen ihrer geistigen Schwäche über die St und ihre Folgen nicht aufgeklärt werden. Bei ihnen zeigte sich keine erkennbare Reaktion auf den Eingriff. Bei 5 debilen Pat. war der Entschluß zur St als ihrem eigenen Willen entsprechend anzusehen. 10 Pat. waren offenbar in ihrer Freiwilligkeit eingeschränkt. Hier traten ungünstige Folgeerscheinungen gehäuft auf.

All diese Pat. waren weder in der Lage, für sich selbständig zu sorgen noch Kinder zu erziehen, so daß objektiv trotz negativer Folgeerscheinungen die Vorteile der St überwogen. 16 der 21 debilen Pat. waren sexuell umtriebig. Die Eltern fühlten sich von der Aufsichtspflicht entlastet. Sie konnten so ihren Töchtern mehr Bewegungsfreiheit einräumen.

In 3 Fällen lag eine neurologische Indikation vor, in 2 Fällen eine Multiple Sklerose, in einem Fall eine Lähmung beider Beine nach Polyomyelitis.

Die 5 genetischen Indikationen wurden wegen Haemophilie A, erblichem Cataract, progressiver spinaler Muskeldystrophie, angeborener Taubheit und angeborenem Herzfehler gestellt. Nur ein Vater von 2 an erblichem Cataract erkrankten Kindern war selbst blind. Die 4 Frauen an erblichen Leiden erkrankter Kinder waren gesund.

Die günstigste Entwicklung zeigten die 8 aus sozial-medizinischer Indikation sterilisierten Pat., deren körperlicher Zustand sich nach dem Eingriff besserte und bei denen kein Kinderwunsch mehr bestand. Mit nur je einer Dauerstörung bei 8 gynäkologischen und 5 genetischen Indikationen ist

auch hier ein guter Erfolg der St zu verzeichnen. Hier trat die Erkrankung nur im Zusammenhang mit Geburten in Erscheinung oder die Angst vor der Geburt geschädigter Kinder stand im Vordergrund. Sonst waren die Frauen gesund. Die psychische Verarbeitung der St gelang Frauen mit schweren internistischen oder neurologischen Erkrankungen weniger gut, da sie sich durch ihr Leiden zum Teil schwer beeinträchtigt fühlten und zu Insuffizienzgefühlen neigten, die durch die St noch verstärkt wurden.

Läßt man die 21 debilen Pat., 3 mit Dauerstörungen nach St und 8 mit kurz dauernden Störungen außer acht, so zeigten sich nur bei 3 Pat. von 21 Pat. mit psychiatrischer Indikation ungünstige Folgeerscheinungen und somit ein guter Erfolg.

Die Grundkrankheit oder der körperliche Zustand hatten sich bei 23 Pat. = 26 % gebessert, bei 57 Pat. = 66 % unverändert, bei 4 Pat. = 5 % verschlechtert. 3 Pat. = 3 % waren verstorben, 2 Pat. an ihrer Erkrankung, eine Pat. durch einen Unfall.

5.42 Alter der Pat. bei Sterilisation

	9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. K.St.	13 Pat. D.St.
15-19 Jahre 4 Pat.= 5%	-	4	-	-
20-24 Jahre 13 Pat.=15%	-	7	3	3
25-29 Jahre 32 Pat.=37%	4	18	4	6
30-34 Jahre 27 Pat.=31%	3	15	6	3
35-39 Jahre 8 Pat.= 9%	2	5	-	1
40-43 Jahre 3 Pat.= 3%	-	3	-	-
Durchschnittsalter: 29 J.	31 J.	29 J.	28,2 J.	27,8 J.

Das Durchschnittsalter der Pat. liegt mit 29 Jahren im Vergleich zu anderen Autoren (z.B. bei BINDER Durchschnittsalter 33 Jahre) relativ niedrig.

4 Pat., die im Alter von 15 bis 19 Jahren sterilisiert wurden, waren schwer debil und konnten über den Eingriff und seine Folgen nicht aufgeklärt werden. Bei ihnen zeigten sich weder positive noch negative Folgeerscheinungen. Das Durchschnittsalter der Pat. mit besonders günstiger Entwicklung nach St liegt mit 31 Jahren höher als das der Pat. mit länger dauernden Störungen mit 27,8 Jahren.

Bei den 20 - 24-jährigen hatte die St bei der Hälfte der Frauen, bei den 25 - 29-jährigen und bei den 30 - 34-jährigen bei einem Drittel der Frauen seelische Konflikte ausgelöst. Bei den 25 - 29-jährigen überwogen dabei die länger dauernden Störungen. Die 30 - 34-jährigen waren besser in der Lage, den Verlust der Gebärfähigkeit zu verarbeiten. Bei den 35 - 39-jährigen nehmen die negativen Folgeerscheinungen deutlich ab, bei Frauen im Alter von 40 - 43 Jahren traten diese nicht mehr auf.

So ergibt sich eine klare Abhängigkeit des St-Erfolges vom Alter. Besonders Frauen, die das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, neigen zu einer ungünstigen psychischen Reaktion. Jedoch ist in der Altersstufe von 35 - 39 Jahren das Auftreten seelischer Konflikte nicht auszuschließen.

Nach BINDER nehmen negative Folgeerscheinungen mit höherem Alter ab und gehören jenseits des 35. Lebensjahres zu den größten Seltenheiten. Auch NAVILLE fand bei unter 30-jährigen gehäuft negative Fälle.

GREVE stellte bei Frauen in der Nähe des Klimakteriums keine psychisch-negativen Reaktionen auf St fest.

Im Gegensatz zu diesen Untersuchungen stehen die Ergebnisse von HOPPELER und HOLENSTEIN, die bei über 36-jährigen gehäuft negative Fälle fanden.

5.43 Familienstand

Familienstand vor St		9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. K.St.	13 Pat. D.St.
ledig	21 Pat. = 24 %	1	12	5	3
verheiratet	57 Pat. = 66 %	7	35	7	8
geschieden	9 Pat. = 10 %	1	5	1	2

Der Anteil der Debilen bei ledigen oder geschiedenen Pat. war hoch.

13 der ledigen Pat. und 5 der geschiedenen Pat. waren debil. Debile sind oft nicht ehefähig oder die Ehe ist nicht von Bestand. Ein Zusammenhang des Familienstandes mit dem St-Erfolg ergibt sich nicht.

5.44 Soziale Stellung und Berufsbezogenheit

Soziale Stellung und Wohnverhältnisse vor St:

schlecht	19 Pat. = 22 %
mäßig	40 Pat. = 46 %
gut	27 Pat. = 31 %
sehr gut	1 Pat. = 1 %

Aus der oben stehenden Tabelle ergibt sich, daß der soziale Status der untersuchten Pat. unter dem Durchschnitt der Bevölkerung liegt.

15 Pat. = 17 % lebten von einer Rente oder Sozialunterstützung, 33 Pat. = 38 % waren Hausfrauen, 25 Pat. = 29 % hatten eine untergeordnete, 13 Pat. = 15 % eine mittlere und 1 Pat. = 1 % eine gehobene berufliche Stellung.

Bei der Katamnese hatten sich die sozialen Verhältnisse

in 18 Fällen = 21 % gebessert,
in 66 Fällen = 76 % unverändert,
in 3 Fällen = 3 % verschlechtert.

Zwei Pat. hatten nach St durch eigenen beruflichen Aufstieg ihre Situation verbessert. Eine hatte eine schönere Wohnung bezogen, eine eine Gastwirtschaft eröffnet. 4 der 8 Pat. mit sozial-medizinischer Indikation lebten in besseren finanziellen Verhältnissen. In den übrigen Fällen war die Verbesserung durch die Arbeit des Ehemannes bedingt und hatte keinen ursächlichen Zusammenhang mit der St. In schlechteren Verhältnissen lebten eine an Cyclothymie und 2 an Schizophrenie erkrankte Pat.; hier war der Abstieg durch die Erkrankung bedingt.

Die verstärkte Zuwendung zu beruflicher oder anderer Tätigkeit spielte als Kompensationsmöglichkeit bei unerfüllt gebliebenem Kinderwunsch eine Rolle oder der Beruf hatte für die Pat. schon vor der St einen hohen Stellenwert.

Bei 6 Pat. = 7 % fand eine Libidoverlagerung statt
11 Pat. =13 % war der Beruf schon vor St wichtiger als Kinder
37 Pat. =42 % stellten die Kinder über den Beruf
33 Pat. =38 % nahmen zur Berufsbezogenheit nicht Stellung.

Nach W. GREVE ist die Libidoverlagerung nach St als Verarbeitungsmodus anzusehen, bei dem die Pat. ihre libidinöse Besetzung in andere Lebensbereiche verlagern.

Eine Pat., die ein uneheliches Kind, das an Haemophilie A erkrankt war, geboren hatte, erlebte die St als befreiend. Schuldgefühle in bezug darauf, ein uneheliches krankes Kind geboren zu haben und auf die St wurden verdrängt. Sie trat einer Vereinigung von Eltern haemophilie-kranker Kinder bei,

in der sie sich stark engagierte. Sie betonte ihre Verantwortung und die der Gesellschaft, die Geburt kranker Kinder zu verhindern und verurteilte ein Ehepaar mit 2 erkrankten Kindern, die auf ein 3. gesundes Kind hofften.

Der Vater von 2 an erblichem Cataract erkrankten Kindern, auch er war blind, widmete seine Freizeit ganz der Arbeit für einen Blindenverein, in dem er nach der Scheidung von seiner 1. Frau seine 2. auch erblindete Frau kennengelernt hatte.

Eine ledige herzkranke Pat., die die St bedauerte und ihre Heiratschancen durch den Eingriff gemindert sah, verstärkte ihr Interesse für den Beruf.

So auch eine verheiratete Frau. Sie arbeitete sich nach der St von einer Schreibkraft zur Gerichtssekretärin hoch.

2 Pat., die nach der St Kinderwunsch hatten und vorher Hausfrauen waren, gingen in einen Beruf und nahmen jetzt den Ehemännern gegenüber eine dominierende Stellung ein. Sie hatten die St anfangs bedauert, jedoch zur Zeit der Katamnese ein neues Gefühl von Freiheit und Aktivität gewonnen.

5.5 Bedeutsame Kriterien für die Entwicklung nach St

5.51 Freiwilligkeit und Initiative

Freiwilligkeit		9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.
uneingeschränkt	63 Pat.=73 %	9	41	6	7
eingeschränkt	15 Pat.=17 %	-	3	6	6
nicht aufgeklärt	6 Pat.= 7 %	-	6	-	-
keine Antwort	3 Pat.= 3 %	-	2	1	-

10 der 15 Pat., die sich in ihrer Freiwilligkeit bei dem Entschluß zur St eingeschränkt fühlten, waren debile Pat. So auch die 6 Pat., die über den Eingriff und seine Folgen nicht aufgeklärt worden waren. Aus der Gegenüberstellung der Fälle mit sehr günstiger Entwicklung und der Fälle mit Störungen nach St ergibt sich eine schlechte Prognose bei eingeschränkter Freiwilligkeit.

Initiative zur St		9 Pat. pos. +	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.
Pat.selbst	29 Pat. = 33 %	6	21	1	1
Arzt	36 Pat. = 42 %	3	24	5	6
Eltern	15 Pat. = 17 %	-	7	5	3
Partner	1 Pat. = 1 %	-	-	-	1
Gesundheitsamt	6 Pat. = 7 %	-	2	2	2

Ein günstiges St-Ergebnis ist zu erwarten, wenn der Wunsch zur St von den Pat. selbst ausgeht, besonders wenn beide Ehepartner das Problem der St vorher besprochen haben und auch der Partner einverstanden ist.

Der stärkste Grad der Freiwilligkeit bei dem Entschluß zur St bestand bei den Frauen, die den Eingriff auch ohne medizinische Indikation gewünscht hätten. Wie in dem Kapitel über Motivation erwähnt wurde, waren das 29 % aller sterilisierten Frauen. Hierbei bleiben jedoch unbewußte Motivationen unberücksichtigt.

Einige Pat. standen unter dem Druck der Notwendigkeit, sich wegen der Schwere ihrer Erkrankung sterilisieren zu lassen. Aber auch sie hätten die persönliche Entscheidungsfreiheit gehabt, gegen den Rat des Arztes die St abzulehnen.

Wurde von seiten des Partners, der Eltern oder des Gesundheitsamtes auf die Pat. ein starker Einfluß ausgeübt, also von Personen, zu denen ein Abhängigkeitsverhältnis bestand, so

war eine freie Willensentscheidung kaum möglich. Nur bei diesen Pat. wurde die Freiwilligkeit als eingeschränkt gewertet. 40 % dieser Pat. litten nach der St unter länger dauernden Störungen.

Extreme Zwangssituationen, die mit der Lage der hier untersuchten Pat. nicht vergleichbar sind, beschreibt eine Studie von KRETZ (1967). Hier wurden 13 psychisch und geistig gesunde Menschen, 11 Frauen und 2 Männer, aus rassischen Gründen 1936 zwangssterilisiert. Der Zwang, unter dem die St erlitten wurde, machte eine freie Auseinandersetzung mit dem Schicksal der Unfruchtbarkeit unmöglich. Sie wurde als uneinsehbar, unverdient und sinnlos erlebt. Dieser Eingriff führte zu "einer Verbiegung der Lebenslinie". Bei diesen Frauen und Männern kam es nicht zu körperlichen Störungen, aber in jedem Fall zu dem Gefühl des ständig Unterlegenseins, der Wertlosigkeit und einer traurigen Verstimmtheit. Auffallend war die große Zahl der unverheiratet gebliebenen, die meist unglückliche Partnerwahl und die durchweg schwer gestörten Ehen.

5.52 Kinderzahl und Einstellung der Pat. zu den Kindern

Kinderzahl		9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.
keine Kinder	22 Pat.=25 %	1	10	6	5
1 Kind	15 Pat.=17 %	1	10	2	2
2 Kinder	20 Pat.=23 %	3	12	3	2
3 Kinder	11 Pat.=13 %	-	9	1	1
4-5 Kinder	13 Pat.=15 %	2	11	1	1
6-9 Kinder	6 Pat.= 7 %	2	4	-	-
Durchschnittszahl der Kinder aller Pat.	2,0	3,3	2,7	1,2	1,0

12 debile Pat. waren kinderlos, jedoch war keine der 5 kinderlosen Pat. mit Dauerstörungen nach St debil. Hier war die Kinderlosigkeit mit ein Grund für die ungünstigen Folgeerscheinungen nach St, während die Pat. mit Kindern, besonders mit 2 und mehr Kindern, die St besser verarbeiteten.

Sonderfälle sind die beiden Pat., die trotz 3 und 5 Kindern negative Folgeerscheinungen zeigten. Dies zeigt aber, daß auch eine hohe Kinderzahl negative Folgen nicht ausschließt, Auf die Frage, wie viele Kinder die Pat. ursprünglich geplant hatten, antworteten

10 Pat. = 12 % keine Kinder
2 Pat. = 2 % 1 Kind
20 Pat. = 23 % 2 Kinder
11 Pat. = 13 % 3 Kinder
4 Pat. = 5 % 4 und mehr Kinder
40 Pat. = 45 % beantworteten diese Frage nicht.

Die 33 Pat. der Gruppe von 65 Frauen, die Kinder hatten, hätten sich das Leben ohne Kinder nicht vorstellen können. Für sie bedeuteten Kinder ihre Lebensaufgabe. Darunter waren 6 debile Pat., die kinderlieb waren, jedoch nicht selbständig für ihre Kinder sorgen konnten.

23 Frauen fühlten sich durch zu viele Kinder, durch zu schnelle Geburtenfolge oder auf Grund ihrer Erkrankung durch die Kinder überlastet, akzeptierten sie aber.

9 Pat. lehnten Kinder ab. Eine Pat. äußerte: "Es wäre auch ohne Kinder gegangen. Das Leben wäre dann leichter gewesen." Diese Pat. hatten entweder uneheliche Kinder, lebten in schlechten sozialen Verhältnissen oder konnten sich mit der Mutterrolle nicht identifizieren.

5.53 Kinderwunsch nach St und Schwängerungsangst

Kinderwunsch nach St		9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.
der Patientin	20 Pat.=23 %	-	3	9	8
beider Ehepartner	4 Pat.= 5 %	-	-	-	4
kein Kinderwunsch	55 Pat.=63 %	9	41	4	1
keine Antwort	8 Pat.= 9 %	-	8	-	-

Der Wunsch nach Kindern, besonders wenn er von beiden Partnern ausgeht, stellt dem St-Ergebnis eine schlechte Prognose. 9 Pat. mit sehr günstiger Entwicklung und die meisten Pat. mit positivem Verlauf nach St hatten keinen Kinderwunsch, während 12 der 13 Pat. mit Dauerstörungen nach St unter dem unerfüllten Kinderwunsch litten.

Schwängerungsangst vor St		9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.
keine	27 Pat. = 31 %	-	14	7	6
mäßige	28 Pat. = 32 %	1	17	5	5
stark	32 Pat. = 37 %	8	21	1	2

20 debile Pat. kannten keine Schwängerungsangst. Bei geistig gesunden Pat. stand mehrfach der Wunsch nach weiteren Kindern mit der Schwängerungsangst im Widerstreit.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, traten bei fast der Hälfte der Pat. ohne Schwängerungsangst vor St kurze oder länger dauernde seelische Störungen auf. Bei 47 von 60 Pat., das sind 75 %, die sich durch mäßige oder starke Konzeptionsfurcht beeinträchtigt fühlten, erfolgte eine günstige Entwicklung nach der St. Somit stellt sich für den St-Erfolg eine günstige Prognose, je stärker die Schwängerungsangst ist, obwohl diese einen weiteren Kinderwunsch nicht zwangsläufig ausschließt.

Dieses zeigte sich bei Pat., die auf Grund einer schweren Erkrankung durch das Gebären gesundheitliche Schäden oder Beeinträchtigungen erlitten hatten. Verstandesgemäß mussten sie so weitere Geburten ablehnen, auch wenn sie sich Kinder wünschten.

5.6 Orale Kontrazeptiva

59 Pat. hatten vor St keinen Versuch mit oralen Antikonzeptiva unternommen. Bei 20 Pat. waren sie kontraindiziert, bei 23 Pat. war die Einnahme nicht gewährleistet, bei 16 Pat. bestanden persönliche Vorbehalte: Die Pille sei noch zu unbekannt, sie sei zu unsicher, es sei zu unbequem, sie jeden Tag einzunehmen und die Angst vor Nebenwirkungen.

Von 27 Pat., die die "Pille" genommen hatten, reagierten 15 Pat. mit Unverträglichkeit, wie Kopfdruck, Übelkeit, Gespanntheit und Abneigung gegen sexuellen Verkehr. Von diesen 15 Frauen trat nur bei einer Pat. länger dauernde Störungen nach der St auf. Bei 5 Pat. kam es bei nicht ganz regelmäßiger Einnahme zur ungewollten Schwangerschaft. 7 Pat. lehnten die Pille als Dauerlösung ab.

Orale Kontrazeptiva

	9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.	Summe
Vor St Versuch mit der Pille					
ja	4	16	4	3	27
nein	5	35	9	10	59
keine Antwort		1			1
					87

	9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.	Summe
kein Versuch, weil kontraindiziert	1	11	4	4	20
Einnahme nicht gewährleistet	1	14	5	3	23
persönliche Vorbehalte	3	10		3	16
					59
Versuch abgebrochen, weil Unverträglichkeit	2	11	1	1	15
Ungewollte Schwangerschaft trotz Pille	1	2	1	1	5
Pille als Dauerlösung abgelehnt	1	3	2	1	7
					27

Nach einer Untersuchung von P. PETERSEN an 189 Frauen mit oralen Kontrazeptiva treten nur bei 14 % keine unerwünschten Begleiterscheinungen auf. Es sind aber größtenteils nur leichte Störungen, die selten einen nachhaltigen Einfluß auf das Leben der Frauen haben und wegen der bequemen und sicheren Art der Kontrazeption in Kauf genommen werden. 20 % der Frauen hörten mit der Pilleneinnahme wieder auf. Somatisch-endokrine Teilursachen und andererseits psychisch-soziale Teilursachen bestimmen das Symptombild, mit Veränderung des Antriebs, der Stimmung und der Triebe, das von PETERSEN als endokrines Psychosyndrom bezeichnet wird. Bei sterilisierten Frauen findet kein Eingriff in das endokrine Gleichgewicht statt. Frauen mit Pillenunverträglichkeit haben auch eine schlechte Sterilisationsprognose, da ungünstige psycho-soziale Einflüsse auf die Sterilisationsprognose und auf Nebenwirkungen bei oralen Kontrazeptiva die gleichen sind.(In der vorliegenden Untersuchung ließ sich diese Feststellung nicht bestätigen.)17 Ehepaare =

9 % der untersuchten Gruppe ließen dennoch, teils an der Frau, teils am Mann, die St durchführen wegen unerwünschter Nebenwirkungen der oralen Kontrazeptiva oder um eine jahrelange Pilleneinnahme zu vermeiden.

ZIOLKO beschrieb die psychodynamischen Aspekte bei oraler Kontrazeption. Sowohl die positive Wirkung der Libidozunahme durch Beseitigung der Konzeptionsangst wie auch unerwünschte Nebenerscheinungen seien nicht medikamentenspezifisch, sondern eine psychologische Reaktion. Zu einer negativen Reaktion auf orale Kontrazeptiva neigen Frauen mit einer gestörten Einstellung zum weiblich sexuellen Rollenverhalten. Hier spielten die Enttäuschung bei unrealistischen Erwartungen, die an das Medikament geknüpft waren oder eine unbewußte Abwehrhaltung gegenüber einer befürchteten Enthemmung eine Rolle.

5.7 Auswirkungen der St auf Sexualität, Eheleben und die Menses

5.71 Sexualität

Die Gesamtheit des sexuellen Erlebens ließ sich durch das Katamnesegespräch nicht erfassen. Auskünfte über Orgasmusfähigkeit und Bedürfnis nach Zärtlichkeit waren nur von sehr wenigen Pat. zu erhalten, so daß sie hier unberücksichtigt bleiben.

Sexualität vor St	
gut	22 Pat. = 25 %
leicht gestört	32 Pat. = 37 %
schwer gestört	14 Pat. = 16 %
keine Antwort	19 Pat. = 22 %
(davon 15 debile Pat.)	

Sexualität bei Katamnese

gebessert	36 Pat.	= 41 %
unverändert	26 Pat.	= 30 %
verschlechtert	6 Pat.	= 7 %
keine Antwort	19 Pat.	= 22 %
(darunter 15 debile Pat.)		

Somit zeigt sich eine günstige Entwicklung der Sexualität. Bei Pat., deren sexuelle Beziehung durch die Angst vor einer Schwangerschaft gestört war, wurde die St als entlastend empfunden.

Das war bei 41 % der Pat. der Fall. Nicht bei allen Pat. bewirkte das Wegfallen der realen Angst vor einer Schwangerschaft eine befriedigendere sexuelle Betätigung. Nach Helene DEUTSCH können sich überstarke masochistische Tendenzen störend auswirken, wenn die normale passiv feminine Sexualeinstellung nicht angst- und schuldfrei erlebt werden kann. ZIOLKO beschreibt das Auftreten von Dirnen- und Prostitutionsphantasien, eine sexuelle Versuchungssituation bei der Anwendung von Kontrazeptiva. Diese Phantasien, die oft unbewußt bleiben, verursachen Angst und müssen abgewehrt werden. Der Konzeptionsschutz durch Antikonzeptiva oder durch die St schafft eine vergleichbare Situation. Eine Pat. erlebte die sexuelle Versuchungssituation nach St bewußt als "Lebenshunger". Dieser Fall wurde auf Seite 35 beschrieben.

7 Pat. waren frigide und blieben es auch nach der St. Bei 3 Pat. trat die Frigidität erst nach dem Eingriff auf oder zeigte sich verstärkt. Während die schizophrene Pat., die mit 21 Jahren kurz vor der Heirat unter dem Druck der Mutter nur gezwungenermaßen in die St einwilligte und in der Folgezeit unter der Frigidität litt, da ihr sexuelles Empfinden vor der St normal gewesen war, reagierte eine andere Pat. ohne Bedauern auf das Auftreten einer Frigidität. Diese

Frau war mit 39 Jahren wegen einer Leberfibrose berentet worden und ließ sich mit 42 Jahren sterilisieren. Sie hatte 2 Kinder im Alter von 8 und 10 Jahren. Ihr Mann hätte sich noch ein 3. Kind gewünscht, war aber aus "Vernunftsgründen" wegen der Erkrankung der Pat. schließlich mit der St einverstanden. Im Katamnesegespräch wirkte die Pat. bedeutend jünger aussehend, sehr gepflegt, etwas geziert. Sie übertrieb ihr Leiden in hypochondrischer Weise und betonte, daß sie sich in jeder Beziehung schonen müsse. Schon seit Beginn der Lebererkrankung habe ihr sexuelles Interesse nachgelassen. Seit der St, über die sie sich sehr zufrieden äußerte, sei sie frigide. Das störe sie nicht, wohl aber ihren Mann, der um sie recht besorgt sei. Sie erlaube die sexuelle Begegnung nur selten und lasse sie dann interessenlos über sich ergehen. Die libidinöse Besetzung der Genitalfunktion hatte die Pat. auf ihre Leber und die Erhaltung ihrer Gesundheit verschoben. Sie genoß die Rücksichtsnahme ihres Mannes, die er einer gesunden Frau nicht gezollt hätte. Die Pat. fand so ihre narzißtischen Ansprüche befriedigt. Auch hier zeigt ein weiteres Beispiel, daß neben medizinisch begründeter Indikation die hier unbewußte Motivation der Pat. eine große Rolle spielt.

5.72 Eheleben

Ehe vor St		7 Ehen pos.+	35 Ehen pos.	7 Ehen k.St.	8 Ehen D.St.
gut	23 Ehen = 41 %	4	12	5	2
mittel	19 Ehen = 33 %	2	12	2	3
schlecht	15 Ehen = 26 %	1	11	-	3

57 Pat. waren bei St verheiratet. Bei 5 geistig gesunden Pat. mit kurz dauernden Störungen nach St half die gute Partnerbeziehung den Frauen, den Konflikt zu bewältigen und die St günstig zu verarbeiten.

Ehen nach St

		pos.+	pos.	k.St.	D.St.
gebessert	20 Ehen = 35 %	5	13	-	2
unverändert	29 Ehen = 51 %	1	16	7	4
verschlechtert	2 Ehen =3,5 %	-	1	-	1
geschieden	6 Ehen =10,5%	1	4	-	1

35 % der Ehen hatten sich nach St verbessert, 3,5 % verschlechtert und 10,5 % wurden geschieden. Der günstige Einfluß der St auf die Partnerbeziehung ist auf die angstfreie sexuelle Beziehung zurückzuführen.

Nur 3 Ehemänner äußerten, daß sie ebenfalls zur St bereit gewesen wären.

Die Einstellung der Ehepartner zur St war positiv, bis auf 6 Ehemänner, die die St im Prinzip ablehnten. 3 Frauen dieser Ehemänner litten nach St an länger dauernden Störungen. Ihre Selbsteinschätzung war nicht stabil genug. Die negative Einstellung der St gegenüber bezogen die Ehemänner auch auf ihre Frauen selbst. Sie empfanden die Frauen als "nicht mehr komplett" und damit entwertet. Das wirkte auf 3 Frauen stark belastend, so daß sie die St negativ verarbeiteten.

Die 3 übrigen Frauen waren selbstsicher. Sie hatten die Initiative zur St selbst ergriffen und zeigten sich im Katamnesegespräch zufrieden. Eine Pat., die nach dem 8. Kind sterilisiert worden war, hatte dem Ehemann die St verschwiegen, weil sie meinte, ihr Mann wäre mit Sicherheit gegen den Eingriff gewesen. Bei einem Ehepaar wurde die St mehr zum Problem des Mannes. Er empfand seine Frau als unkomplett. In der ersten Zeit nach St meinte er, seiner Frau fehle etwas. Er habe sich später damit abgefunden. Die Frau wirkte ihrem Mann gegenüber dominierend. Sie hatte sich nach der 4. Schwangerschaft auf Grund einer Nephropathie sterilisieren lassen, hätte die St

aber auch ohne die Krankheit gewünscht. Die Mutterrolle allein hätte sie nicht befriedigt. Die ersten 2 Jahre nach St arbeitete sie als Serviererin nachts. Später arbeitete sie sich zur kaufmännischen Angestellten hoch.

5.73 Veränderungen der Menses

Die älteste Pat. war bei St 43 Jahre alt. Die Menopause war bei der Nachuntersuchung bei noch keiner der Frauen eingetreten. Eine Pat. mit epileptischer Wesensveränderung zeigte mit 43 Jahren bei der Katamnese klimakterische Beschwerden. Der Cyclus war seit 1/2 Jahr unregelmäßig. Mit der St, bei der die Frau 41 Jahre alt war, waren beide Ehepartner zufrieden. Bei einer Pat. wurde bei der St ein Uterus myomatosus festgestellt und der Uterus extripiert.

Bei 58 Pat. = 67 % war die Menses vor St regelrecht, bei 28 Pat. = 33 % gestört.

Menses nach St		9 Pat. pos.+	52 Pat. pos.	13 Pat. k.St.	13 Pat. D.St.
beschwerdefrei nach St	16 Pat. = 18 %	4	12	-	-
unbeeinflußt	63 Pat. = 73 %	5	36	12	10
Beschwerden nach St	7 Pat. = 8 %	-	3	1	3
Uterusextripation	1 Pat. = 1 %	-	1	-	-

Eine günstige Beeinflussung der Menses nach St fand bei 16 Pat. statt. 10 Pat. litten vor St an Dysmenorrhoe, die Menses wurde hier nach St schmerzfrei. Wie auch H. BINDER es beschreibt, wird die Periode bei Angst vor einer Schwangerschaft mit Unruhe erwartet. Diese psychische Spannung kann durch Ver-

krampfung und ängstlich-hypochondrische Uberbeachtung zu Schmerzen bei der Periode führen. Umgekehrt wirkte sich die nicht geglückte psychische Verarbeitung der St bei 3 Pat. ungünstig auf die Periode aus. Das zeigte sich in wehenartigen Schmerzen als Ausdruck des nicht bewußten Wunsches, wieder schwanger zu sein, in Übelkeit und Kopfschmerz.

Bei 6 Pat. normalisierte sich eine vor St unregelmäßige Menses. Bei 4 Pat. stellte sich eine Unregelmäßigkeit nach St ein, die von diesen Pat. aber nicht als besonders störend empfunden wurde.

6.0 Sterilisation bei Männern

Unter 128 Anträgen auf St in den Jahren 1965 bis 1969 wurden 3 Anträge von Männern gestellt, und zwar ein Antrag 1968 und 2 Anträge 1969.

Der erste Pat., ein 33-jähriger Mann, hatte keine Schwierigkeiten bei der Antragstellung und der Durchführung der St. Er litt an einem erblichen Cataract und hatte ein blindes Kind. Seine erste Ehe war geschieden. In zweiter Ehe war er mit einer ebenfalls blinden Frau verheiratet. Beide Partner waren mit dem Operationsresultat zufrieden. Der stationäre Aufenthalt betrug 6 Tage.

Der zweite Pat. hatte Schwierigkeiten, einen Arzt zu finden, der den Antrag auf St stellte. Das Ehepaar gemeinsam wünschte die St. Der Mann war 34 Jahre alt und gesund. Die Frau war 31 Jahre alt und litt an einem nervösen Erschöpfungszustand. Das Ehepaar hatte 3 Kinder. Beide Partner hätten sich durch ein 4. Kind überfordert gefühlt, obwohl sie sich eine Ehe ohne Kinder nicht hätten vorstellen können. Die sexuelle Beziehung war durch eine starke Schwängerungsangst beeinträchtigt. Die Frau hatte orale Antikonzeptiva nicht vertragen. Am Mann wurde die St durchgeführt. Der stationäre Aufenthalt betrug 4 Tage. Beide Ehepartner fühlten sich durch die St erleichtert. Der Mann äußerte, er sei danach ein neuer Mensch geworden, er fühle sich freier und ausgeglichener. Er würde die St auch anderen Männern empfehlen.

Bei beiden Männern verlief der Eingriff komplikationslos und ohne negative psychische oder physische Folgeerscheinungen. Auch die Libido blieb unverändert.

Der 3. Pat. litt an einem Morbus Bechterew und war bei Antragstellung 30 Jahre alt. Seine um 2 Jahre jüngere Frau litt an Durchblutungsstörungen und einer Facialisparese. Das Ehe-

paar hatte 2 Kinder. Weitere Kinder wünschten sie auf keinen Fall. Der Mann litt unter der Einschränkung durch seine Erkrankung und der Angst, Invalide zu werden, ohne das jedoch auszusprechen. Er betonte, daß er seine Frau entlasten wolle. Er wolle imstande sein, seine Familie selbst zu unterhalten durch die Arbeit in seinem Beruf als Ingenieur, ohne daß eine Mitarbeit der Frau notwendig würde.

Sein Antrag auf St wurde durch die Gutachter befürwortet. In einer urologischen Klinik rieten die Ärzte dem Pat. von der St ab. Eine St bei einem so jungen Mann sei bevölkerungspolitisch nicht zu verantworten, außerdem könne die St negative hormonelle Auswirkungen haben. So lauteten die angeblichen Argumente der Ärzte. Der Mann reagierte darauf mit Verunsicherung und strebte die St nun nicht mehr an.

Die Anzahl der männlichen Pat., die sterilisiert wurden, ist sehr gering. Bei Pat. und Ärzten bestehen offenbar noch starke Vorbehalte.

Der operative Eingriff der Vasoligatur oder Vasektomie, einer Unterbindung oder Durchtrennung der Samenstränge beim Mann, ist kleiner und ungefährlicher als bei der Frau.

S.S. SCHMIDT berichtet von einer 1968 in Cardiff in England eröffneten Sterilisationsklinik für männliche Pat. auf Initiative der Family Planing Association "im Interesse der Gesundheit beider Ehepartner". Dort wird der Eingriff ambulant unter lokaler Anaesthesie durchgeführt. Die Hälfte der Pat. unterbricht ihre Arbeit dadurch nicht, die andere Hälfte der Pat. nahm für die Operation nur einen Tag frei. Die Antikonzeption ist erst gesichert, wenn zwei Samenuntersuchungen spermienfrei sind. Eine Wartezeit von 12 bis 18 Wochen, in seltenen Fällen länger, ist dazu notwendig.

R. BAYLE bestätigt in einer Arbeit über exkretorische Azoospermie, daß nach Vasoligatur oder Vasektomie keine Stauungsatrophie eintritt. Die Spermiogenese des Hodens wird trotz des Verschlusses des Ausführungsganges nicht aufgehoben.

Untersuchungen in der Schweiz 1947 und 1955 von HINDERER und HAUSER ergaben keine somatischen Störungen nach St des Mannes. Einige Pat. verspürten 3 bis 6 Wochen nach dem Eingriff ein Druckgefühl des Hodens, das sich aber nach dieser Zeit vollständig legte. Einige Pat. bemerkten nach der St eine Steigerung von Libido und Potenz, die sich aber später normalisierte. Die Autoren führten dieses auf die Entlastung durch das Wegfallen der Schwängerungsangst zurück.

Die Indikation zur St ergab sich einesteils durch die Erkrankung des Mannes. Anderenteils wurde sie als "vikariierende" St durchgeführt. Hierbei erklärt sich der Mann freiwillig bereit, die St an sich vornehmen zu lassen, wobei die Gründe für die weitere Kinderlosigkeit bei der Frau liegen. (Überlastung der Frau durch die Kinder oder medizinische Gegenindikation zur Tubensterilisation der Frau.)

Wie bei der Frau wurden auch beim Mann sowohl positive als auch negative psychische Auswirkungen beobachtet. Negative Auswirkungen zeigten sich in 0 bis 5 % der Fälle.

Eine schlechte Prognose stellte sich bei schlechter Ehe oder Wiederheirat besonders bei der vikariierenden St, weiter bei neurotischen Pat. oder Einschränkung der Freiwilligkeit, wenn z.B. die Ehefähigkeit nur unter der Voraussetzung der vorherigen St bei debilen Pat. oder Psychopaten bescheinigt wurde oder eine Interruptio nur bei gleichzeitiger St befürwortet wurde.

Notwendig war die Aufklärung der Pat. vor dem Eingriff, besonders der Hinweis, daß die St mit einer Kastration nicht gleichzusetzen ist.

Kinderzahl und Alter der Pat. spielten keine Rolle für den Erfolg der St.

Ein amerikanisches Team (ZIEGLER, RODGERS und PRENTISS, 1969) beobachteten eine Gruppe von Paaren 4 Jahre vor und 4 Jahre nach der St des Mannes im Vergleich zu einer Gruppe von Paaren, in der die Frauen nach 4-jähriger Voruntersuchung erstmalig orale Antikonzeptiva verordnet bekamen. Die Untersuchungen wurden mit Hilfe psychologischer Tests und psychiatrische Interviews dreier, voneinander unabhängiger, Psychiater durchgeführt.

Der Vergleich bei den Gruppen von je 42 Paaren in bezug auf psychische Störungen ergab keine Differenz. Keiner der Männer zeigte nach der St als krank zu bezeichnende Veränderungen der psychischen Funktion. Die Ovulationshemmer wurden von 25 % der Paare abgesetzt, weil ein Kind geplant war. 25 % der Frauen nahmen Ovulationshemmer nicht kontinuierlich. Die Partner dieser Frauen zeigten in 55 % eine negative Veränderung des psychischen Befundes gegenüber 38 % der Ehefrauen vasektomiater Männer. Bei einem Teil der sterilisierten Männer zeigte sich eine Frequenzsteigerung des sexuellen Verkehrs und eine Anderung des sozialen Verhaltens. Sie waren bestrebt, sich selbst und anderen ihre Männlichkeit zu beweisen. Von ihren Partnerinnen forderten sie mehr sexuelle Aktivität. Sie zeigten eine erhöhte Anspruchshaltung und weniger Bereitschaft, Verantwortung zu tragen. Die Frauen dieser Männer reagierten gehäuft mit Frigidität. Im Gegensatz zu diesen Männern mit aggressivem Verhalten, das als Kompensationsversuch gewertet wurde, reagierten andere mit verstärkter Ängstlichkeit und dem Bestreben, sich besonders formenkonform zu verhalten. Männer, die angaben, keine sexuellen Probleme zu haben, waren weniger fordernd und an zwischenmenschlichen Bindungen weniger interessiert. Dieses Verhalten zeigten die Männer schon während der 4-jährigen Voruntersuchung. Es wurde durch die Vasektomie noch verstärkt.

Ein höheres Risiko negativer psychologischer Reaktionen bestand bei Männern, die in bezug auf ihre eigene Männlichkeit unsicher waren. Als besonders wichtig werteten die Untersucher, daß den Partnern vor und nach der Vasektomie die Gelegenheit zur Aussprache über ihre Probleme gegeben wurde.

7.0 Nicht durchgeführte St nach Antragstellung (1965-69)

7.1 Statistische Angaben

In den Jahren 1965-69 wurden 128 Anträge auf St gestellt. Davon wurden 108 Anträge bewilligt, 9 mal wurde der Antrag abgelehnt, davon wurden 3 Pat. im Spätinterview erreicht, 11 mal das Verfahren eingestellt, hier wurden 7 Pat. interviewt.

Von 128 Probanden, die einen Antrag auf St gestellt hatten, wurden 104 Probanden im Spätinterview exploriert (s. Tabelle II, S. 8). In 87 Fällen = 83,7 % wurde die St nach Genehmigung des Antrages durchgeführt und in 17 Fällen = 16,3 % nicht durchgeführt.

Diese 17 Fälle lassen sich folgendermaßen aufschlüsseln

3 Anträge	= 17,6 %	wurden abgelehnt
7 mal	= 41,2 %	wurde das Verfahren eingestellt
7 St	= 41,2 %	wurden trotz Genehmigung durch die Ärztekammer nicht durchgeführt

(s. Tabelle III, S. 11)

Die Ergebnisse der Untersuchung dieser 17 Fälle ist nur begrenzt verwertbar, da diese Zahl zu klein ist.

7.2 Abgelehnte Anträge auf St

Bei den drei abgelehnten Anträgen auf St war die Indikation einmal ein schwerer Myocardschaden mit Herzcollaps bei der Entbindung des 3. Kindes. Der Antrag wurde am 3.3.65 gestellt. Mit dem Hinweis auf orale Kontrazeption und der Begründung, der Herzfehler sei nicht schwer genug, ist er abgelehnt worden.

Die Pat. lehnte die "Pille" aus Furcht vor Nebenwirkungen ab, da das Präparat ihr 1965 noch nicht genügend erprobt schien.

Am 11.6.65 verstarb die Patientin im Alter von 25 Jahren durch Herzdekompensation. Sie war erneut schwanger geworden (3. Monat).Diese Auskunft erhielten wir durch den Ehemann der Pat.. Der Mann berichtete weiter, daß seine Frau über die Ablehnung des Antrages auf St sehr enttäuscht gewesen sei. Das Ehepaar hatte bei Antragstellung 3 Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren. Die Pat. sei sehr kinderlieb gewesen und wollte eigentlich 8 Kinder haben, fühlte sich aber schon durch die 3 Kinder überbeansprucht, da ihre Leistungsfähigkeit durch das Herzleiden stark eingeschränkt war.

Die 2. Ablehnung der St betraf eine 31-jährige Frau, die seit dem 17. Lebensjahr an Varikose mit Thrombosenneigung und Migräne litt. In der 3. Schwangerschaft war die Emboliegefahr groß. Orale Kontrazeptiva waren kontraindiziert. Die Pat. äußerte, daß sie die St ohne ihre Erkrankung nicht beantragt hätte. Die Pat. verhielt sich im Spätinterview ablehnend und war kaum zu einer Auskunft bereit. Sie wirkte ängstlich und übervorsichtig. Bei Antragstellung hatte das Ehepaar, der Ehemann war Pfarrer, 3 Kinder. Über die Ablehnung des Antrages im März 1967 äußerte die Pat. ihre Enttäuschung. Auf die Frage, ob sie die Absicht habe, erneut einen Antrag zu stellen, antwortete sie: "Ich will das ganze Theater mit den Gutachtern nicht noch einmal durchmachen. Nach der 3. Schwangerschaft war ich sehr krank. Sollte es zu einer 4. Schwangerschaft kommen, würde ich eine Unterbrechung beantragen."

Die 3. Ablehnung der St erfolgte auf Grund einer nicht exakten Indikationsstellung durch den Hausarzt. Auf Initiative der Pat., von Beruf Krankenschwester, stellte der Arzt den Antrag mit der Diagnose Thyreotoxikose, die von den Gutachtern nicht bestätigt wurde. Am Rande erwähnte er eine starke Schwängerungsangst und Depressionen.

Die "Pille" lehnte die Pat. ab, da sie nach einem Versuch der oralen Kontrazeption mit Übelkeit und Gewichtszunahme reagierte. Zur Zeit der Katamnese, 3 Jahre nach Ablehnung des Antrages, nahm die Pat. die "Pille" aber nur ungern und in Verbindung mit Appetitzüglern.

Das Ehepaar hatte bei Antragstellung 3 Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren. Beide Partner hatten sich höchstens 2 Kinder gewünscht. Ein Kind bereitete in der Erziehung starke Schwierigkeiten. Das Ehepaar fühlte sich durch die 3 Kinder überfordert und wollte ein 4. Kind keineswegs in Kauf nehmen.

Nach der Geburt des 3. Kindes kam es bei der Frau zu neurotischen Störungen. Sie berichtete, daß ihr der Anblick schwangerer Frauen Übelkeit verursache. Babys kämen ihr "dreckig" vor. Der Gedanke an eine neue Schwangerschaft versetzte die Pat. bei der Katamnese in eine starke Aufregung. Einmal hätte sie vergessen, die "Pille" einzunehmen und habe deshalb ihren Dienst verlassen. Der Ehemann war selbständiger Kaufmann mit geringem Einkommen. Die Pat. arbeitete als Nachtschwester. Die Pat. war frigide. Im Gespräch wirkte die Frau nervös und innerlich gespannt. Sie schien stark männlich determiniert zu sein.

Der um 4 Jahre jüngere Ehemann äußerte im Gespräch die Absicht, selbst einen Antrag auf St zu stellen.

7.3 Einstellung des Verfahrens nach Antrag auf St

In 7 Fällen wurde das Verfahren nach Antrag auf St eingestellt. 6 Pat. waren bei Antragstellung schwanger, 2 von ihnen im 3. bis 4. Monat, 4 Pat. im 5. bis 8. Monat. Bei einer debilen Pat. lag keine Schwangerschaft vor.

Die Indikationen zur Antragstellung auf St lauteten: Herzinsuffizienz, Hypertonie, Epilepsie und Hemiparese, nervöser Erschöpfungszustand und Varikose, Schwangerschaftsphobie und Wochenbettdepression und 2 mal Debilität.

Den 6 schwangeren Pat. wurde nach der Entbindung oder Interruptio die St empfohlen. Die Pat. meldeten sich jedoch nicht wieder bei der Ärztekammer.

Die Ausprägung der Debilität der 2 Pat. war nur leichten Grades. Beide waren über die Folgen einer St aufgeklärt worden. Beide weigerten sich, den Eingriff an sich durchführen zu lassen. Die Eltern dieser Pat. waren durch die Aufsichtspflicht für ihre Kinder stark belastet. Eine dieser Pat. hatte ein einjähriges uneheliches Kind, das von den Eltern der Pat. erzogen wurde.

Von den 7 Probandinnen hatten zwei 8 Kinder, eine 7 Kinder, eine 4 Kinder, eine 2 Kinder und eine debile Pat. ein Kind. Die andere Debile war kinderlos.

Zum Familienstand: Vier Pat. waren verheiratet, eine geschieden. Die beiden Debilen waren ledig. Die Partner oder Eltern der Pat. wären mit einer St einverstanden gewesen.

Soziale Verhältnisse: Fünf dieser Pat. lebten in äußerst schlechten sozialen Verhältnissen, in beengten, zum Teil stark verwahrlosten Wohnungen. Zwei Pat. lebten in sauberen Wohnungen im Hinterhaus und hatten finanziell ihr Auskommen.

Zwei Probandinnen waren von Beruf Raumpflegerinnen, drei Pat. waren Hausfrauen und ihre Ehemänner Arbeiter. Die beiden Debilen waren berufslos. Die Eltern der einen debilen Pat. waren kleine Kaufleute, die Mutter der zweiten Debilen war Hauswartsfrau und hatte fünf weitere Kinder.

Das Alter der beiden debilen Pat. war 15 und 25 Jahre. Das Alter der übrigen Pat. lag zwischen 24 und 37 Jahren.

Drei Pat. nahmen nach Einstellung des Verfahrens auf St die "Pille". Eine Pat. vertrug sie gut, die beiden anderen reagierten mit Gewichtszunahme und Übelkeit. Eine Pat. wurde nach Einnahme der "Pille" frigide. Die beiden Pat. nahmen die "Pille" nur ungern.

Eine Pat. verlor ihre Konzeptionsfähigkeit durch eine Uterusamputation aus gynäkologischer Indikation. Eine minderbegabte Pat. und die beiden Debilen standen einer Schwangerschaft gleichgültig gegenüber.

Bei keiner der 7 Pat. bestand ein weiterer Kinderwunsch. Eine Pat. war zur Zeit des Spätinterviews erneut schwanger geworden und hatte eine Interruptio beantragt, der sie mit Furcht entgegensah.

Drei Pat. waren sehr kinderlieb und hätten den Eingriff ohne vorherige Erkrankung nicht beantragt.

Die Pat. mit 5 bis 8 Kindern fühlten sich durch diese überlastet. Eine 28-jährige Pat. (Indikation: Nervöser Erschöpfungszustand und Varikose bei 8 Kindern) äußerte, sie habe das Gefühl, alles wachse ihr über den Kopf. Am liebsten wolle sie wegrennen. Für sich selbst habe sie nie Zeit.

Diese und zwei weitere Pat. litten schon vor Antragstellung an Depressionen. Eine 28-jährige Pat., die vier Kinder im Alter von 2 bis 8 Jahren hatte, nahm nach Einstellung des Verfahrens die "Pille". Darauf schwand die Schängerungsangst und die Depression besserte sich.

Die Depression der 3. Pat., einer 37-jährigen Raumpflegerin, die geschieden war, verstärkte sich. Diese Frau litt an einer Herzinsuffizienz und Gastritis. Sie hatte 7 Kinder. Zwei der Kinder hatte sie zur Adoption freigegeben. Die Pat. wirkte stark vorgealtert und verwahrlost. Vor einer erneuten Antragstellung hatte sie Angst, da sie die Gutachteruntersuchungen scheute.

Die Grundkrankheit war bei 4 Pat. gleich geblieben (darunter die 2 Debilen). Bei 2 Pat. hatte sich das Grundleiden verstärkt, bei einer Pat. gebessert.

Alle diese Pat. standen den Gutachteruntersuchungen ablehnend gegenüber. Keine der Pat, wollte erneut einen Antrag auf St stellen.

7.4 Trotz Befürwortung durch die Gutachter nicht durchgeführte St

Sieben Probanden, sechs Frauen und ein Mann, konnten sich trotz der Befürwortung der Gutachter nicht zur St entschließen.

Das Alter lag bei Antragstellung zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr. Nur eine debile Probandin war 24 Jahre alt und ledig. Die übrigen Probanden waren verheiratet. Eine Frau lebte zur Zeit der Katamnese in Scheidung. Zwei Frauen waren kinderlos. Eine Frau hatte ein Kind. Drei Probanden hatten zwei Kinder. Eine Frau hatte bei Antragstellung elf und zur Zeit der Katamnese vierzehn Kinder. Diese Frau, eine verwahrloste Alkoholikerin, war die einzige, die nach der Antragstellung schwanger geworden war. Orale Kontrazeptiva nahm nur eine Frau. Die sozialen Verhältnisse waren in zwei Fällen schlecht, in zwei Fällen mäßig, in zwei Fällen gut und in einem Fall sehr gut.

Eine 30-jährige Pat. litt an einer Multiplen Sklerose. Seh- und Mobilitätsstörungen waren besonders während zwei Schwangerschaften stark ausgeprägt gewesen. Die Ärzte rieten ihr zur St. Einesteils meinte sie, eine relativ gesunde Frau mit zwei Kindern sei besser als eine kranke Mutter mit drei Kindern; anderenteils schreckte sie vor der Endgültigkeit der St zurück. Diese wäre eine Bestätigung der Diagnose Multiple Sklerose gewesen, an der die Pat. immer noch zweifelte, obwohl die Symptome eindeutig waren und mehrere neurologische Untersuchungen daran keinen Zweifel ließen. Vor dem Eingriff selbst und vor Neben-

wirkungen der St hatte sie Angst. Sie hatte die Befürchtung, danach keine vollwertige Frau mehr zu sein. Trotz starker Übelkeit zwang sie sich, orale Kontrazeptiva zu nehmen, die sie wegen dieser Unverträglichkeit zuvor abgelehnt hatte. Ein viertel Jahr lang sei ihr das schwer gefallen. Schließlich konnte sie sich daran gewöhnen. Seit der Entscheidung für die "Pille" sei sie ausgeglichener und meinte, auch ihr körperlicher Zustand habe sich gebessert.

Eine 30-jährige Pat., die an einem Mitralvitium sowie an einer Schwangerschaftsphobie nach einer Vergewaltigung litt, glaubte, die Narkose wegen ihres Herzleidens nicht vertragen zu können. Nicht ausgesprochene Ängste vor der St spielten bei dieser Frau eine Rolle.

Eine 35-jährige Epileptikerin, die in Scheidung lebte, meinte, die St sei für sie überflüssig geworden, da sie nicht mehr beabsichtige, eine sexuelle Beziehung einzugehen.

Bei einer 34-jährigen Pat., die an einem lupus erythematodes viscerales litt, war die Gefahr des Eingriffs wegen der starken Blutungsneigung zu groß. Zur Zeit der Katamnese war die Krankheit in einem so fortgeschrittenen Stadium, daß die Frage der St keine Bedeutung mehr hatte.

Bei einem 30-jährigen Mann wurde die Durchführung der St von Urologen mit nicht stichhaltigen Gründen abgelehnt. Dieser Fall wurde im Kapitel "Sterilisation bei Männern" beschrieben (Seite 61).

Bei einer 24-jährigen debilen Pat. wurde die Einwilligung zur St von deren Vater zurückgezogen. Diese Pat. lebte in einem Hospital und verließ dieses nicht ohne Aufsicht. Sie war in so starkem Maße geistig behindert, daß über die St mit ihr nicht gesprochen werden konnte.

Eine 34-jährige verwahrloste Alkoholikerin hatte bei der Antragstellung 11 Kinder und zur Zeit der Katamnese 14 Kinder. Drei Kinder lebten in Heimen. Von der Mutter waren sie vernachlässigt worden, so daß das Bezirksamt einschritt. Die Frau lebte mit ihrem Mann, der mehrfach straffällig geworden war, in einer Kellerwohnung ohne elektrischem Licht. Die St habe sie nicht durchführen lassen, da sie sich vom Bezirksamt unter Druck gesetzt fühlte.

8.0 Literaturvergleich

Über das Thema Sterilisation ist allgemein viel geschrieben worden. Katamnestische Untersuchungen sind jedoch weniger zahlreich. Ich möchte in diesem Kapitel eine chronologische Übersicht dieser Untersuchungen in verschiedenen Ländern geben, an denen die Schweiz neben den USA den größten Anteil hat.

GLAUS veröffentlichte 1962 eine zusammenfassende ausführliche Studie über die bis zu dieser Zeit vorliegenden Untersuchungen über Folgeerscheinungen nach Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. Er betrachtete die Sterilisation auch unter dem Gesichtspunkt der Interruptions- und Abortprophylaxe. Weiter werden Indikation und Kontraindikation der Sterilisation diskutiert.

Unter dem Titel: "Die freiwillige Sterilisation als brauchbares Mittel zur Familienplanung" zieht PETERSEN 1970 aus den von ihm geprüften 28 psychiatrischen katamnestischen Untersuchungen nach Sterilisation des Mannes und der Frau (insgesamt 3.500 sterilisierte Frauen und 1.200 Männer) folgende Schlußfolgerungen.

1. Langfristige körperliche Störungen sind extrem selten.

2. Vegetative und psychische Folgen bei praeoperativ Gesunden verschwinden nach spätestens einem Jahr.

3. Bei praeoperativ psychisch Kranken, die aus eugenischer Indikation sterilisiert wurden (meist Debile), ist die Zufriedenheit seltener, jedoch ist das Resultat unter sozialen Aspekten in 95 % als gut zu beurteilen.

4. Ungünstige Sterilisationsfolgen häufen sich bei psychisch Kranken, insbesondere bei hypochondrischen, depressiven, asthenischen und übergewissenhaften Persönlichkeiten, bei Störungen der Ehe, unfreier Entscheidung zur Sterilisation. Sterilisierte mit medizinischer oder eugenischer Indikation haben sich häufig aus einem inneren oder äußeren Druck heraus zur Operation entschlossen und haben deshalb eine schlechtere Prognose als Sterilisierte aus sozialer Indikation.

5. Eine günstige Prognose kann bei Probanden, die psychisch gesund sind, in guter Ehe leben, älter als 30 Jahre sind und zwei bis vier Kinder haben, gestellt werden. Bei Menschen, die sich nach freier Entscheidung aus Gründen verantwortungsbewußter Familienplanung sterilisieren lassen, dürfte die Wahrscheinlichkeit nachteiliger Folgen geringer als 1 % sein.

8.1 Schweiz

Jahres-zahl	Autor	Untersuch. methode	Anzahl d.Pat.	Ge-schlecht	Indikation	Ergebnis überwiegend pos.
1925	FRANK	Exploration	12	weibl.	eugenisch	95 %
1928	MILT	Exploration	49	weibl.	medizinisch	88 %
1937	BINDER	Exploration	293	weibl.	med., soz. u. eugenisch	90 %
1939	BAUMANN, GEISER	Fragebogen	187	weibl.	medizinisch	81 %
1939	WENNER	Fragebogen	741	weibl.	medizinisch	95 %
1939	LABHARDT	Fragebogen	652	weibl.	med.-psychia-trisch	96,6 %
1947	HINDERER	Exploration	22	männl.	eugen.u.vikari-ierend	100 %
1951	MELCHER	Fragebogen	220	weibl.	psychiatr. u. med.	86 %
1952	HOLEN-STEIN	Exploration	95	weibl.	medizinisch	91 %
1952	NAVILLE	Exploration	195	weibl.	conventionell (auf eigenen Wunsch)	95 %
1953	AMSTEIN	Exploration	26	weibl.	eugen. u. psychisch	92 %
1964	HOPPE-LER	Exploration	100	männl. u.weibl.	sozial	95 %
1955	HAUSER	Exploration	31	männl.	sozial u. vikariierend	100 %
1960	MÜLLER u. REIMANN	Fragebogen	177	männl.	sozial	98 %
1964	KIND	Exploration	40	männl.	sozial u. med.	93 %
1966	BARGLOW	Exploration	162	weibl.	soz.-med.	85 %
1966	REIMANN	Exploration	188	männ.	sozial	98 %

Die ersten katamnestischen Untersuchungen über Folgeerscheinungen nach Sterilisationsoperationen wurden in der Schweiz durchgeführt.

Hervorzuheben ist die von BINDER 1937 veröffentlichte umfassende Studie an 293 Frauen, die von 1926 - 1933 in Basel sterilisiert worden waren. BINDER nimmt gegen das damals verbreitete Dogma der Unschädlichkeit der operativen Sterilisation Stellung und betont, daß diese Operation in den meisten Fällen sowohl Vorteile wie Nachteile zur Folge hatte. Er fand in 40 % der Fälle beträchtliche Nachteile, aber nur in 10 % waren die Nachteile so schwer, daß sie nicht von anderweitigen größeren Vorteilen überwogen wurden. BINDER's Beurteilungsschema wurde teilweise von späteren Autoren übernommen. Mit geringen Abweichungen sind die von ihm erarbeiteten Kriterien für die Prognose einer Sterilisation noch heute gültig.

Gehäuft negative Folgeerscheinungen:

1. Jugendliches Alter der Frau (jenseits des 35. Lebensjahres fand er kaum negative Auswirkungen der St).
2. Geringe Kinderzahl (weniger als vier Kinder).
3. Vorliegen depressiver, ängstlicher, asthenischer, hypochondrischer und sensitiver Psychopathie, sowie schwere Neurosen.
4. Schlechte Ehe.
5. Eingeschränkte Freiwilligkeit.
6. Starker Muttertrieb.
7. Vorliegen einer religiösen Anschauung, die die St als Sünde betrachtet.
8. Differenzierte, weiblich-mütterliche Frauen mit schwacher Gesamtpersönlichkeit und leicht störbarer Sexualität.

Günstige Ergebnisse

1. Frauen mit Erschöpfungszuständen und psychogenen Störungen infolge Überlastung durch die Kinder.
2. Frauen mit starker Schwangerschaftsfurcht.
3. Sterilisation, weil weitere Kinder aus Klugheitsgründen unerwünscht sind.

BARGLOW untersuchte 1962/63 an der Frauenklinik in Zürich 162 sterilisierte Frauen unter tiefenpsychologischem Aspekt und veröffentlichte seine Studie 1966. Er stellte typische Wege der psychischen Verarbeitung der St heraus.

1. Die abgeschlossene Verarbeitung, als "erfolgreichen Durcharbeitungsprozeß eines Verlustes" und als psychisch gesunden Modus.
   Die meisten Frauen dieser Gruppe hatten einen guten Operationserfolg.

   Noch Wochen und Monate nach dem Eingriff konnte die unwiderrufliche Tatsache der endgültigen Unfruchtbarkeit nicht voll akzeptiert werden. Depressive Verstimmungen waren häufig, sowie das Gefühl der Leere und einer unbestimmten Sehnsucht.

   Etwa sechs bis zwölf Monate nach dem Eingriff hatten die Frauen die künstliche Sterilität bewußt akzeptiert und waren mit der Operation zufrieden. Oft empfahlen sie die St anderen weiter und empfanden von diesem Zeitpunkt an ein Gefühl neuer Freiheit.

2. Die unbeendigte Verarbeitung

   Trotz deutlicher Verarbeitungsanstrengungen konnte der Verlust der Gebärfunktion von diesen Frauen nicht akzeptiert werden. In dieser Gruppe fand sich kein Fall mit gutem Operationserfolg. In dieser Gruppe waren unreife und kind-

liche Frauen, die oft in unstabilen Eheverhältnissen lebten. Ein häufiges Abwehrverhalten dieser Frauen war die Identifikation mit den eigenen Kindern, auf welche Weise stellvertretende Abhängigkeitsbedürfnisse befriedigt wurden.

3. Die fehlende Verarbeitung

Der Verlust der Fruchtbarkeit wurde sofort akzeptiert, das Empfinden eines Verlustes wurde nicht bewußt. In dieser Gruppe traten häufig verzögerte Rekonvaleszenz auf sowie leichte körperliche Komplikationen im Anschluß an den Eingriff. BARGLOW beschrieb diese Frauen als stoisch mit "starker Persönlichkeit und Tendenz zur Extraversion". Einige hatten eine deutliche "männliche Identität" und waren in ihren Familien und in der Gesellschaft Träger männlicher Rollen.

Viele Frauen dieser Gruppe hatten einen guten Operationserfolg, der größte Teil jedoch litt unter psychosomatischen Störungen, für die kein organischer Anhalt gefunden wurde. Schwere und persistierende Schmerzen im Unterleib sowie Menstruationsbeschwerden waren häufig. Diese Frauen wurden von EBERHART mit dem Rorschachtest nachuntersucht (1968). Seine Ergebnisse stimmten mit denen BARGLOW's weitgehend überein. Das Erfolgsergebnis der Schweizer Autoren liegt zwischen 100 % und 81 %.

In Ländern mit hoher Geburtenzahl und einer breiten sozialen Unterschicht, in der kaum das Existenzminimum gesichert ist, dient die Sterilisation vorrangig der Geburtenbeschränkung. Ökonomische und soziale Gründe stehen im Vordergrund. Psychische Folgeerscheinungen der Sterilisation sind hier von untergeordneter Bedeutung.

CHATURACHINDA berichtet über 210 Frauen, die im Zeitraum von 15 Monaten in Bangkok in Thailand sterilisiert wurden. Da nicht genügend Krankenhausbetten zur Verfügung standen, wurde eine ambulante Methode entwickelt. Der Eingriff dauerte etwa 15 Minuten. Viele Frauen waren im Alter von 21 Jahren Mehrgebärende. Die Frauen meldeten sich freiwillig zur Sterilisation und nahmen Anreisen von 300 bis 500 km in Kauf sowie die Kosten von 15 Dollar für den Eingriff. Es bestand eine lange Warteliste.

DAS GUPTA et al. in Calcutta, Indien, führten katamnestische Untersuchungen bei 124 sterilisierten Frauen durch. 83,9 % waren sehr arm und 62 % litten unter einem reduzierten Gesundheits- und Kräftezustand. Die durchschnittliche Kinderzahl lag bei 4,84, das Durchschnittsalter bei 30 Jahren. 4,03 % der Frauen bereuten den Eingriff, in 96 % waren die positiven Auswirkungen der Sterilisation überwiegend. Bei 47,6 % dieser Frauen wurden jedoch psychische Störungen, starke Ängstlichkeit und depressive Neurosen nach der St festgestellt.

8.4 Deutschland

Jahres-zahl	Autor	Unters.-methode	Anzahl d.Pat.	Ge-schlecht	Indika-tion	Ergebnis überwiegend pos.
1953	BONHOFF	Explora-tion	466	weibl.u. männl.	eug.	-
1965	GREVE	Explora-tion	102	weibl.	med.	53,5 %
1970	SCHNEIDER	Frage-bogen	154	weibl.	med.gyn. u.Fami-lienpla-nung	89 %
1975	GEBERT	Explora-tion	87	weibl. (2 Männer)	med. psych.	85 %

Unterschiedliche Beurteilungskriterien des Sterilisationserfolges erschwerten einen Vergleich der Ergebnisse verschiedener Autoren.

Eine Diskrepanz bestand zwischen der Zufriedenheit der Patienten und der Beurteilung durch den Untersucher, der meist die ökonomischen Möglichkeiten und die sozialen Beziehungen im Hinblick auf Familienplanung mit in Rechnung stellte; z.B. stellte EKBLAD 1963 bei 47 % der Frauen Zufriedenheit mit der Sterilisation fest, bewertete jedoch 95 % als überwiegend positiv. Eine ähnliche Differenz zeigte sich bei den Untersuchungen von BINDER, HOLENSTEIN, HOPPELER, AMSTEIN und HINDERER.

Weitere Unterschiede ergaben sich aus dem Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung. Kurze Zeit nach der Sterilisation traten gehäuft psychische Alterationen auf, die nach sechs bis zwölf Monaten abklangen. BARGLOW sprach hier von der erfolgreichen Durcharbeitung eines Verlustes. Auch in der hier vorliegenden Arbeit wurden bei 15 % der Probanden kurzdauernde Störungen festgestellt,

In Ländern mit hoher Geburtenzahl und einer breiten sozialen Unterschicht, in der kaum das Existenzminimum gesichert ist, dient die Sterilisation vorrangig der Geburtenbeschränkung. Ökonomische und soziale Gründe stehen im Vordergrund. Psychische Folgeerscheinungen der Sterilisation sind hier von untergeordneter Bedeutung.

CHATURACHINDA berichtet über 210 Frauen, die im Zeitraum von 15 Monaten in Bangkok in Thailand sterilisiert wurden. Da nicht genügend Krankenhausbetten zur Verfügung standen, wurde eine ambulante Methode entwickelt. Der Eingriff dauerte etwa 15 Minuten. Viele Frauen waren im Alter von 21 Jahren Mehrgebärende. Die Frauen meldeten sich freiwillig zur Sterilisation und nahmen Anreisen von 300 bis 500 km in Kauf sowie die Kosten von 15 Dollar für den Eingriff. Es bestand eine lange Warteliste.

DAS GUPTA et al. in Calcutta, Indien, führten katamnestische Untersuchungen bei 124 sterilisierten Frauen durch. 83,9 % waren sehr arm und 62 % litten unter einem reduzierten Gesundheits- und Kräftezustand. Die durchschnittliche Kinderzahl lag bei 4,84, das Durchschnittsalter bei 30 Jahren. 4,03 % der Frauen bereuten den Eingriff, in 96 % waren die positiven Auswirkungen der Sterilisation überwiegend. Bei 47,6 % dieser Frauen wurden jedoch psychische Störungen, starke Ängstlichkeit und depressive Neurosen nach der St festgestellt.

8.4 Deutschland

Jahres-zahl	Autor	Unters.-methode	Anzahl d.Pat.	Ge-schlecht	Indika-tion	Ergebnis überwiegend pos.
1953	BONHOFF	Explora-tion	466	weibl.u. männl.	eug.	-
1965	GREVE	Explora-tion	102	weibl.	med.	53,5 %
1970	SCHNEIDER	Frage-bogen	154	weibl.	med.gyn. u.Fami-lienpla-nung	89 %
1975	GEBERT	Explora-tion	87	weibl. (2 Männer)	med. psych.	85 %

Unterschiedliche Beurteilungskriterien des Sterilisationserfolges erschwerten einen Vergleich der Ergebnisse verschiedener Autoren.

Eine Diskrepanz bestand zwischen der Zufriedenheit der Patienten und der Beurteilung durch den Untersucher, der meist die ökonomischen Möglichkeiten und die sozialen Beziehungen im Hinblick auf Familienplanung mit in Rechnung stellte; z.B. stellte EKBLAD 1963 bei 47 % der Frauen Zufriedenheit mit der Sterilisation fest, bewertete jedoch 95 % als überwiegend positiv. Eine ähnliche Differenz zeigte sich bei den Untersuchungen von BINDER, HOLENSTEIN, HOPPELER, AMSTEIN und HINDERER.

Weitere Unterschiede ergaben sich aus dem Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung. Kurze Zeit nach der Sterilisation traten gehäuft psychische Alterationen auf, die nach sechs bis zwölf Monaten abklangen. BARGLOW sprach hier von der erfolgreichen Durcharbeitung eines Verlustes. Auch in der hier vorliegenden Arbeit wurden bei 15 % der Probanden kurzdauernde Störungen festgestellt,

die nach einem halben Jahr keine Rolle mehr spielten und so als erfolgreiches Sterilisationsresultat gewertet wurden. Ferner bedingten die Indikation, psychische Gesundheit, die Art der Bevölkerung (Stadt oder Land) und vorhergegangene Schwangerschaftsabbrüche Unterschiede des Sterilisationserfolges.

GREVE fühte eine katamnestische Untersuchung zwei bis elf Jahre nach Antragstellung auf Sterilisation bei 102 Frauen durch. 85 % dieser Frauen waren Dorf- oder Kleinstadtbewohner. Hier ging die Initiative zur Antragstellung in 70 % vom Hausarzt aus, die Eigeninitiative war somit geringer als bei einer Stadtbevölkerung üblich (etwa 31 % durch den Arzt). Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation wurden vielfach gemeinsam durchgeführt, daher waren Folgeerscheinungen schwer abzugrenzen. Um einen Schwangerschaftsabbruch zu erreichen, stimmten die Frauen oft einer gleichzeitigen Sterilisation zu und standen somit unter einer erheblichen Drucksituation. In 26 Fällen unterblieb die Sterilisation. Nach vorhergegangenem Schwangerschaftsabbruch traten häufig Bedenken gegen die Sterilisation auf und die Frauen zogen ihre Zustimmung dazu zurück.

In 53,5 % der untersuchten Fälle traten nach der Sterilisation weder Folgen noch Bedenken auf. Negative Folgen zeigten

10,7 % mit leichter Bedrücktheit
15,6 % mit schwerer Bedrücktheit
2,9 % mit Schuldgefühlen
3,9 % mit Selbstentwertgefühl
4,9 % mit neurotischer Symptomatik
7,8 % mit Libidoverlagerung.

Bei einer Vielzahl dieser Frauen war die Sterilisation wegen internistischer schwerer Erkrankungen und Unverträglichkeit oraler Kontrazeptiva erfolgt. Eine erneute Schwangerschaft

hätte die Gesundheit der schwerkranken Frauen ernstlich bedroht. GREVE nahm keine Wertung vor. So erscheint die Patientenzahl von 46,5 % mit negativen Folgeerscheinungen hoch, obwohl sicher bei einer Vielzahl dieser Frauen die Vermeidung einer erneuten Schwangerschaft positive Auswirkungen hatte.

Ohne psychische Folgeerscheinungen bleiben:

1. Frauen in der Nähe des Klimakteriums mit zwei oder mehr Kindern.
2. Debile Frauen, Frauen mit chronischer Manie oder schizophrenem Defekt sowie psychoorganisch wesensveränderte Patientinnen.
3. Frauen mit schwersten Allgemeinerkrankungen, soweit sie nicht in der Generationsfähigkeit eine gewünschte Leistung sahen.
4. Frauen mit mehreren Kindern und sozialer Indikation.
5. Frauen, die die Fähigkeit und Möglichkeit hatten, sich weitgehend sachlich und distanziert vor der Entscheidung zu dem Eingriff mit dem Problem auseinanderzusetzen.
6. Frauen nach mehreren Kaiserschnittoperationen.
7. Frauen, bei denen die St in Verbindung mit einem vitaltherapeutisch indizierten Eingriff erfolgte.

Aus eigener katamnestischer Untersuchung sowie durch Auswertung der Ergebnisse anderer Autoren erstellte der Gynäkologe SCHNEIDER 1971 einen praeoperativen Fragebogen, der Aussagen über die Prognose der Sterilisation ermöglichen soll, indem er positive und negative Vorbedingungen in einem Punktsystem berücksichtigt.

Wird eine kritische Punktzahl überschritten, so sollte der Proband oder das Ehepaar auf das Risiko hingewiesen werden oder zusätzlich ein Psychiater hinzugezogen werden.

Dem operativ tätigen Gynäkologen soll an Hand dieser praktischen Richtlinien eine Entscheidungshilfe gegeben werden. Gutachterausschüsse hält SCHNEIDER für ungeeignet, da diese Konfrontation viele Frauen abschrecke.

9.0 Zusammenfassung und Diskussion

I. Statistische Auswertung der an die Ärztekammer Berlin gestellten Anträge

Von 1965 - 69 wurden 1.069 Anträge gestellt.
128 = 12,0 % auf Sterilisation (St)
719 = 67,6 % auf Schwangerschaftsabbruch (SAB)
171 = 16,1 % auf SAB und St.

46 Anträge=4,3 % des Materials konnten nicht klassifiziert werden.

An erster Stelle mit 330 Fällen = 46,6 % lag die psychiatrische Indikation, gefolgt von der internistischen mit 281 = 39,7 %. Während die Anzahl der Anträge auf SAB in diesen Jahren leicht abnahm, war ein Ansteigen der Anträge auf St zu verzeichnen. 704 = 66,2 % aller Anträge wurden befürwortet, die übrigen abgelehnt oder das Gutachterverfahren eingestellt.

Bei 128 Anträgen auf St wurden 55 psychiatrische Indikationen gestellt = 47,8 %. Es folgte die internistische mit 43 = 37,4 %. Die gynäkologische, neurologische, sozial-medizinische, kindlich eugenische Indikation mit 4,3 % bis 1,7 % spielte nur eine untergeordnete Rolle.

Die Indikationsstellung der antragstellenden Ärzte stimmte mit den Gutachtern nicht immer überein und unterschied sich besonders in der sozial-medizinischen Indikation. Während nur 2 Anträge auf St aus sozial-medizinischer Indikation von Hausärzten gestellt wurden, stellten die Gutachter 13 mal eine sozial-medizinische Diagnose. Hier wurde die Neigung deutlich, sozial-medizinische Indikationen als rein internistische Diagnosen auszugeben, da eine Ablehnung des Antrages bei sozialen Gründen befürchtet wurde. 5 der 13 aus sozial-medizinischer Indikation gestellten Anträge wurden abgelehnt oder

das Verfahren eingestellt. Ein Ansteigen der sozial-medizinischen Indikationen in den Jahren 1965 - 69 läßt sich feststellen, obwohl die Gesamtzahl von 13 gering war. Von 128 Anträgen auf St wurden 84,2 % befürwortet, 7,2 % abgelehnt und in 8,6 % das Gutachterverfahren eingestellt.

II. Material

Von 128 Probanden, für die durch Haus- oder Krankenhausärzte in den Jahren 1965 - 69 ein Antrag auf St gestellt worden war, konnten 104 = 81 % nachexploriert werden. Es waren 101 Frauen und 3 Männer. Bei 87 Probanden war eine St durchgeführt, bei 17 Probanden nicht durchgeführt worden. Die Gründe hierfür lagen in der Ablehnung des Antrages (3 Probanden), in der Einstellung des Gutachterverfahrens (7 Probanden) oder die Probanden ließen den Eingriff trotz der Befürwortung durch die Gutachter nicht durchführen (7 Probanden).

Das Durchschnittsalter der 87 sterilisierten Pat. lag bei 29 Jahren. Die jüngste, eine debile Pat. mit starker sexueller Haltlosigkeit, war 15 Jahre alt. Die älteste Pat. war 43 Jahre alt. 22 Pat. = 25 % waren kinderlos, überwiegend debile Pat.. Die übrigen Pat. hatten ein bis neun Kinder. 21 Pat. = 24 % waren ledig, auch hier überwiegen die debilen Pat., 57 Pat. = 66 % verheiratet und 9 Pat. = 10 % geschieden.

In schlechten sozialen Verhältnissen lebten 19 Pat. = 22 %, in mittelmäßigen 40 Pat. = 46 %, in guten 27 Pat. = 31 % und in sehr guten eine Pat. = 1 %. Der soziale und wirtschaftliche Stand der sterilisierten Pat. lag unter dem Durchschnitt der Bevölkerung. Schon in diesen Zahlen wurde deutlich, daß soziale und wirtschaftliche Faktoren neben der medizinischen Indikationsstellung einen Einfluß auf die Entscheidung zur St hatten.

Die Nachuntersuchung wurde 2 bis 5 Jahre nach Antragstellung durchgeführt. Die Pat. wurden in ihrer Wohnung aufgesucht. Das Gespräch wurde nicht direktiv geführt, um den Pat. Gelegenheit zu geben, frei über ihre Situation und Probleme zu berichten. Ergänzende Fragen wurden am Ende des Gespräches gestellt.

III. Gutachterliche Untersuchung

Im Dezember 1964 wurde bei der Ärztekammer Berlin eine Gutachterstelle für Fragen der Sterilisation eingerichtet. Die St ist nicht von der Standesorganisation genehmigungspflichtig. Durch die aufgezeigte Gesetzeslücke im Dohrn-Prozeß sollte den Ärzten durch die Gutachteruntersuchung die Entscheidung zur St-Operation erleichtert sowie eine gewisse Rückendeckung gegeben werden. Die Gutachterstelle teilte den antragstellenden Ärzten mit, ob von seiten der Ärztekammer im betreffenden Fall Bedenken bestehen oder nicht.

Von den 104 nachexplorierten Probanden hatten 54 = 52 % eine positive, 15 Pat. = 14 % jedoch eine negative Einstellung zu den Gutachteruntersuchungen. War die Indikation keine psychiatrische, so wurde die Gutachteruntersuchung von Internisten, Gynäkologen, Genetikern oder Neurologen durchgeführt und bezog sich oft nur auf den körperlichen Zustand der Pat.. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, bildete die körperliche Erkrankung oft nicht die einzige Motivation zur St. 25 Pat. = 29 % der sterilisierten Pat. hätten die St auch ohne Erkrankung gewünscht. Hier spielten eine große Kinderzahl, schnelle Geburtenfolge oder schlechte finanzielle Verhältnisse eine Rolle. Einige Pat. fühlten sich durch Kinder in ihren persönlichen Interessen und ihren Lebensmöglichkeiten eingeschränkt. Außer diesen, den Pat. bewußten Gründen, spielten

vielfach unbewußte Motive eine Rolle. Praeoperativ neurotische Momente bei internistischer Indikation wurden weder durch den antragstellenden Arzt noch durch die Gutachter erfaßt. Jedoch gerade diese sind ein wichtiges Indiz für die Erfolgsaussichten einer Sterilisationsoperation. Unter 13 Fällen mit längerdauernden psychischen oder psychosomatischen Störungen nach St waren über die Hälfte, 7 Indikationen aufgrund körperlicher Leiden, gestellt worden. Bis auf eine an einer Multiplen Sklerose leidenden Pat., die durch die Schwere ihrer Erkrankung psychisch beeinträchtigt war, lag bei den übrigen 6 Pat. eine psychische Labilität vor, die nicht auf die körperliche Erkrankung zurückzuführen war und bei der die Indikationsstellung keine Beachtung fand. Hier hatte die St eine auslösende Funktion. Es kam postoperativ zu psychischen Störungen; bei einer Pat. sogar zur Manifestation einer Neurose nach St.

Im Interesse der Pat. und zur besseren Einschätzung des St-Risikos wäre ein auf die psychische Struktur eingehendes Gespräch bei allen Probanden auf St wünschenswert. Hier möchte ich nochmals auf die prospektive Studie des Gynäkologen H.E. SCHNEIDER hinweisen, der einen praeoperativen Fragenkatalog erstellte, in dem die bisherigen Erkenntnisse über positive und negative Vorbedingungen der freiwilligen Sterilisation berücksichtigt werden. In Form eines Punktesystems können so Aussagen über die Prognose der Unfruchtbarmachung ermöglicht werden. H.E. SCHNEIDER und auch andere halten einen Gutachterausschuß zur Entscheidungsfindung für nicht günstig. Er rät dagegen zu einem psychiatrischen Gespräch.

IV. Untersuchungsergebnisse der 87 sterilisierten Pat.

I.	Besonders günstige Auswirkungen nach St	9 Fälle = 10 %
II.	Positive Auswirkungen nach St	52 Fälle = 60 %
III.	Kurzdauernde Störungen bis zu einem halben Jahr nach St	13 Fälle = 15 %
IV.	Langzeitige Störungen	13 Fälle = 15 %

Als besonders günstige Auswirkungen nach St werden von den Pat. über gesteigerte Leistungsfähigkeit, bessere körperliche Gesundheit, positivere Einstellung zur Umwelt, bessere Zuwendung zu ihren Kindern und über angstfreie sexuelle Beziehung sowie ein harmonischeres Verhältnis zum Partner berichtet. Sie hatten die St und damit das Wegfallen der Schwängerungsangst als positiven Einschnitt in ihrem Leben bezeichnet.

Bei den Pat. mit positiver Auswirkung nach St war das Leben der Pat. durch den Eingriff nicht in so besonderem Maße beeinflußt worden.

Kurzdauernde Störungen, die bis zu einem halben Jahr nach St keine Bedeutung mehr hatten, können nicht als negatives Ergebnis gewertet werden. Die Verarbeitung der Probleme, depressive Verstimmung und unerfüllter Kinderwunsch, gelang den Pat. auf einer realitätsgerechten Basis. Bei ihnen hatte eine schwere internistische Erkrankung die St notwendig gemacht. All diese Frauen waren zum Zeitpunkt der Katamnese mit der St zufrieden.

Die Auseinandersetzung mit dem Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit ist eine natürliche Reaktion psychisch gesunder Frauen. Bei Frauen mit positivem St-Ergebnis und fehlender Durcharbeitung des Verlustes muß angenommen werden, daß die Gebärfunktion überhaupt nie ein wichtiger Teil ihrer geschlechtsgebundenen Funktion war (nach BARGLOW).

Bei 13 Frauen traten länger dauernde psychische oder psychosomatische Störungen auf.

Bei vier Pat. mit schweren Leber-, Nieren- und Herzerkrankungen waren orale Kontrazeptiva nicht indiziert. Bei den drei debilen Pat. war eine regelmäßige Einnahme "der Pille" nicht gewährleistet.

9 Frauen litten nach der St an psychischen Störungen: Bedrücktheit wegen nicht erfülltem Kinderwunsch, Gefühl der verletzten Körperintegrität, sexuelle Haltlosigkeit und Bindungsunfähigkeit, Manifestation einer Neurose mit Selbstmordversuch. Bei 4 Frauen äußerten sich die seelischen Spannungen in körperlichen Symptomen: Dysmenorrhoe bei vor St schmerzfreier Menses und Colitis ulcerosa.

In diesen Fällen ist es schwer zu entscheiden, inwieweit die Vorteile der St die Nachteile, die sich in einer psychischen Alteration gezeigt haben, ausgleichen.

Bei 5 Frauen (Multiple Sklerose, Epilepsie, St nach 3. sectio cesaria, kindlich eugenischer Indikation, Schizophrenie und Cyclothymie) überwiegen die Nachteile die Vorteile einer sicheren Empfängnisverhütung durch die St. Hier wäre nachträglich betrachtet eine orale Kontrazeption oder eine andere Verhütungsmaßnahme günstiger gewesen als die irreversible Unfruchtbarkeit durch die St. Diese Entwicklung ließ sich zuvor jedoch kaum abschätzen.

V. Praeoperative Gegebenheiten in bezug auf den St-Erfolg

Bei 87 sterilisierten Pat. lag 42 mal eine psychiatrische Indikation vor, darunter 21 debile Frauen. Debilität wurde bei der Mehrzahl der anderen Autoren als eugenische oder genetische Indikation klassifiziert.

Die günstigste Entwicklung nach St zeigten 8 Pat., bei denen eine sozial-medizinische Indikation vorlag, 7 Frauen und ein Mann (vikariierende Sterilisation). Die Pat. hatten 3 bis 9 Kinder und waren über 30 Jahre alt. Bei allen bestand kein weiterer Kinderwunsch. Es handelte sich hier um Ehepaare. Beide Partner waren mit der St einverstanden. Die Initiative zur St ging von den Pat. selbst oder vom Ehepaar gemeinsam aus. So bestand hier ein hoher Grad der Freiwilligkeit bei der Entscheidung für die St. Nur 2 Ehepaare lebten in schlechten Wohnverhältnissen und hatten ein sehr geringes Einkommen. Bei den übrigen waren Wohnverhältnisse und die finanzielle Lage als mäßig zu bezeichnen. Bei 8 gynäkologischen, 5 kindlich eugenischen und 3 neurologischen Indikationen trat je ein Fall mit länger dauernden psychischen oder psychosomatischen Störungen auf. Bei der psychischen Indikation kam es in 1/7 der Fälle und bei internistischer Indikation bei 1/5 der Fälle zu länger dauernden Störungen nach St.

Aus der Indikation allein läßt sich eine Sterilisationsprognose nicht stellen. Auch bei nicht psychiatrischer Indikation ist eine Abklärung der psychischen Struktur der Pat. vor der St notwendig.

Das Durchschnittsalter der Pat. lag bei 29 Jahren. Das Durchschnittsalter der Pat. mit besonders günstiger Entwicklung nach St liegt mit 31 Jahren höher als das der Pat. mit länger dauernden Störungen mit 27,8 Jahren. So ergibt sich eine Abhängigkeit des St-Erfolges vom Alter. Besonders Frauen,

die das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, neigten zu negativen psychischen Reaktionen. Jedoch ist in der Altersstufe 35 - 39 Jahre das Auftreten seelischer Konflikte nach St nicht auszuschließen.

Die durchschnittliche Kinderzahl der sterilisierten Pat. lag bei 2,0 (kinderlose Pat. eingerechnet). Knapp 1/4 der kinderlosen Pat. litt nach der St an psychischen Störungen. Bei Pat. mit 2 bis 3 Kindern traten nur bei 1/10 der Pat. länger dauernde psychische Störungen auf. Pat. mit 2 und mehr Kindern gelang die psychische Verarbeitung der St besser als kinderlosen Frauen. Jedoch schließt eine größere Kinderzahl negative Folgeerscheinungen nicht aus, wie sie bei 2 Pat. mit 3 und 5 Kindern auftraten. Die durchschnittliche Kinderzahl bei 9 Pat. mit besonders günstiger Entwicklung nach St lag bei 3,3, bei 52 Pat. mit positiver Auswirkung bei 2,7, bei 13 Pat. mit kurz dauernden Störungen bei 1,2 und bei 13 Pat. mit lang dauernden Störungen nach St bei 1,0. Hieraus läßt sich eine Abhängigkeit des St-Erfolges von der Kinderzahl ablesen.

Der Grad der Freiwilligkeit bei dem Entschluß zur St ist entscheidend für den Erfolg des Eingriffes. In dieser Arbeit wurde die Freiwilligkeit als eingeschränkt gewertet, wenn von seiten des Partners, der Eltern oder einer Fürsorgestelle auf die Pat. ein starker Einfluß beim Entschluß zur St ausgeübt worden war. 40 % dieser Pat. reagierten nach St mit negativen psychischen Folgeerscheinungen im Gegensatz zu 1,1 % bei nicht eingeschränkter Freiwilligkeit. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß auch der Druck der Notwendigkeit, wenn die Schwere der Erkrankung die Sterilisation angezeigt erscheinen ließ, die freie Willensentscheidung einschränkte. Diesen Pat. machte der Rat des Arztes zur St die Schwere ihrer Erkrankung oft erst bewußt. Eine günstige Prognose stellte sich, wenn die Initiative zu dem Eingriff vom Pat. selbst aus-

ging, besonders wenn beide Ehepartner das Problem vorher besprechen konnten und auch der Partner seine Zustimmung gab. Nur eine von 29 Pat., die selbst die Initiative zur St ergriffen hatte, litt unter länger dauernden psychischen Störungen nach St, während 6 von 36 Pat., die sich auf den Rat des Arztes sterilisieren ließen, negative psychische Reaktionen zeigten.

Besteht bei Pat. vor der St noch ein Kinderwunsch, so stellt sich eine schlechte Prognose. Bei 20 Pat. bestand der Wunsch, noch ein Kind zu haben oder trat nach der St erneut auf. Hier reagierten 9 Pat. mit kurz dauernden Störungen und 8 mit Dauerstörungen nach der St. Nur 3 Frauen dieser Patientengruppe zeigten eine positive Entwicklung. Bei 4 Frauen wünschte auch der Partner ein Kind. All diese Frauen reagierten mit lang dauernden psychischen Störungen.

Je stärker die Schwängerungsangst vor St ist, desto günstiger die St-Prognose, obwohl diese einen weiteren Kinderwunsch nicht zwangsläufig ausschließt. Das zeigt sich bei Frauen, die auf Grund einer schweren Erkrankung durch das Gebären gesundheitliche Schäden erlitten hatten. Mehrfach stand der Wunsch nach Kindern mit der Schwängerungsangst im Widerstreit.
Die Untersuchung ergab bei 27 Pat. ohne Schwängerungsangst vor St 6 Fälle mit Dauerstörungen psychischer Art nach dem Eingriff. Von 32 Pat. mit starker Schwängerungsangst vor St zeigte sich bei nur 2 Pat. eine negative Entwicklung.

Von 87 sterilisierten Pat. hatten vor dem Eingriff 27 Pat. den Versuch mit oralen Kontrazeptiva gemacht. 15 Frauen reagierten mit Unverträglichkeit. Bei 5 Frauen kam es bei unregelmäßiger Einnahme zur ungewollten Schwangerschaft, 7 Frauen lehnten die Pille als Dauerlösung ab.
Die Erfahrung anderer Autoren, daß Frauen, die auf orale Kontrazeptiva mit Unverträglichkeit reagieren, auch die St psychisch negativ verarbeiten, bestätigte sich hier nicht.

11 der 15 Frauen, die auf die Pille mit Unverträglichkeit reagierten, zeigten eine positive Entwicklung, 2 Pat. eine besonders günstige Entwicklung nach St. Eine Frau reagierte mit kurz dauernden und eine mit länger dauernden Störungen nach St.

36 = 41 % der sterilisierten Pat. zeigten eine günstige Beeinflussung der Sexualität nach St. Hier war zuvor die sexuelle Beziehung durch die Angst vor einer Schwangerschaft gestört gewesen. 6 Frauen = 7 % empfanden ihre Libido nach dem Eingriff als beeinträchtigt. Bei 3 Frauen trat Frigidität nach der St auf oder zeigte sich verstärkt.

57 Pat. waren verheiratet. Die günstige Wirkung einer guten Partnerbeziehung vor St zeigte sich besonders bei Frauen mit kurz dauernden Störungen, die den Verlust der Gebärfähigkeit psychisch positiv verarbeiten konnten. Bei 23 guten Ehen reagierten 2 Frauen mit länger dauernden Störungen nach St, in 15 schlechten Ehen traten bei 3 Frauen negative Folgeerscheinungen auf. In 20 Fällen hatte sich die eheliche Situation nach der St verbessert, in 2 Fällen verschlechtert. 6 Ehen wurden nach St geschieden.

Die Menses wurde durch die St bei 16 Frauen positiv und bei 7 Frauen negativ beeinflußt.

VI. Nicht durchgeführte St nach Antragstellung

Bei 17 Pat. wurde nach Antragstellung auf St der Eingriff nicht durchgeführt. 3 Anträge waren abgelehnt worden, 7 mal wurde das Verfahren eingestellt. An 7 Pat. wurde trotz Befürwortung durch die Ärztekammer der Eingriff nicht durchgeführt.

In 7 Fällen wurde das Gutachterverfahren nach Antragstellung eingestellt. 6 Frauen waren schwanger. Eine debile Pat. hatte das Interesse an der St verloren. Ihr wurde nach der Entbindung oder dem Schwangerschaftsabbruch eine St empfohlen. Die Pat. meldete sich jedoch nicht wieder bei der Ärztekammer. Eine dieser Frauen war zur Zeit des Spätinterviews erneut schwanger. Einem Schwangerschaftsabbruch sah sie mit Furcht entgegen. Keine dieser Frauen hatte einen Kinderwunsch. Die Kinderzahl in dieser Gruppe war groß. Die Mehrzahl dieser Frauen lebte in schlechten sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen. Alle diese Pat. standen den Gutachteruntersuchungen ablehnend gegenüber. Keiner der Pat. wollte erneut einen Antrag auf St stellen.

Bei 6 Frauen und einem Mann wurde trotz der Befürwortung durch die Gutachter die St nicht durchgeführt. Bei dem Mann lehnten die Urologen den Eingriff ab. 5 Frauen schreckten vor der Endgültigkeit der St zurück oder hatten Angst vor dem Eingriff. Bei einer Frau war der Eingriff aus medizinischen Gründen nicht möglich.

6 Frauen (abgelehnte Anträge und eingestellte Verfahren) bedauerten, daß bei ihnen die St nicht durchgeführt worden war. 4 minderbegabte Pat. standen einer Schwangerschaft gleichgültig gegenüber.

Abschließend ist festzustellen, daß bei 35 % der Probanden, bei denen die St nach Antragstellung nicht durchgeführt wurde, Bedauern darüber auftrat.

VII. Schlußbemerkung

Besonders günstige Auswirkungen nach St zeigten 10 % der Pat.; ein positives Ergebnis hatten 60 %; kurz dauernde Störungen

bis zu 1/2 Jahr, die jedoch auf einer realitätsgerechten Basis verarbeitet werden konnten, ergaben sich bei 15 %. Unter länger dauernden Störungen litten 15 %.

Es ergaben sich folgende Kriterien, aus denen sich nur in ihrer Gesamtheit eine Prognose stellen läßt. Mögliche negative psychische Auswirkungen lassen sich jedoch nie absolut abschätzen.

Positive St-Prognose:

1. Bei soz.-med. Indikation
2. Bei einem hohen Grad der Freiwilligkeit bei der Entscheidung zur St. Besonders, wenn die Pat. in Übereinstimmung mit dem Partner selbst die Initiative zur St ergreift.
3. Frauen ohne Kinderwunsch mit Schwängerungsangst in harmonischen Partnerverhältnissen.

Negative St-Prognose:

1. Frauen, die das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht haben.
2. Kinderlose Frauen.

Aus der Indikation allein läßt sich eine Sterilisationsprognose nicht stellen. Obwohl durch eine Erkrankung die St notwendig erscheinen mag, ist die Möglichkeit eventueller psychischer Störungen abzuwägen. Auch bei nicht psychiatrischer Indikation ist eine Abklärung der psychischen Struktur der Patientinnen vor der St notwendig. Es traten bei internistischen Indikationen häufiger psychische Störungen auf als bei psychiatrischen.

10.0 Literaturverzeichnis

1. AMSTEIN, H.H. — Über den Verlauf von Ehen, deren einer Partner aus psychiatrischen Gründen vor der Heirat sterilisiert wurde Schweiz.Archiv f.Neur. u.Psych. 71 (1953)

2. — Mitteilungen über Sterilisations-Gutachterstelle Die Berliner Ärztekammer Nr. 6 1964/65

3. ALEXANDER, F. — Psychosomatische Medizin Walter de Gruyter u. Co. Berlin (1951)

4. ALEXANDER, G., GOLDRATH,M., BROWN, E. and SMILER, B. — Outpatient laparoscopic sterilization under local anaesthesia Am.J.of Obst. and Gynec. 116/8. S.1065-1068 (1973)

5. BOPP, J.R. and HALL,P.G. — Indication for surgical Sterilization Am.J.Obst. and Gynec. 35, S. 760-764 (1970)

6. BOULWARE, T.M., HOWE, C.D. and Simpson, S.T. — A Discussion of postpartum sterilization Am.J.Obst. and Gynec. 68, October 1954

7. BARGLOW, P. — Pseudocyesis and psychiatric sequelac of sterilization Arch.gen.Psychiat. 11, 571-580, (1964)

8. BARGLOW, P. and EISNER, M. — An evaluation of tubal ligation in Switzerland Am.J.Obst. and Gynec. 95, S. 1083-1094 (1966)

9. BARGLOW, P., GUNTHER, M.S., JOHNSON, Andreye and MELTZER, H.J. — Hysterectomy and tubal ligation: a psychiatric comparison Am.J.Obst. and Gynec. 25, 520-527 (1965)

10. BARGLOW, P. and KLASS, D. — Psychiatric aspects of contraceptive utilization Am.J. of Obst. and Gynec. 114, S. 93-96 (1972)

11. BAYLE, H. — Die exkretorische Azoospermie Bull. Féd. Soc.Gynéc. et Obstét. 4, 481 (1952)

12. BINDER, H.
Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisation der Frau durch partielle Tubenresektion
Schweiz.Archiv f. Neurologie u. Psychiatrie 40 (1937)

13. BINDER, H.
Die psychische Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft
Schweiz.Archiv. f. Neurologie u. Psychiatrie 67 (1951)

14. BLACKER, C.P.
Voluntary sterilization
British medical Journ. London /70,/ Vol.1, p.499

15. BLACKER, C.P.
Sterilization of women
British medical Journ., '69, Vol.1, p.566-567

16. BLEULER, M.
Die psychiatrische Abortindikation
Schweiz. med.Wschr. 16 (1943)
Lehrbuch der Psychiatrie, 9. Aufl., Berlin-Göttingen-Heidelberg (1955)

17. BRETSCHER, J.
Über den Verlauf unerwünschter ehelicher Schwangerschaften
Diss.Zürich 1958

18. BUSER-WILDI, R.
Über die uneheliche Schwangerschaft u.deren Unterbrechung aus psychiatrischer Indikation
Diss. Zürich 1948

19. CORBOZ, R. und KAUER-STIERLI, P.
Die Schwangerschaft bei jungen Mädchen
Monatsschr.f.Psychiat. und Neurol.6 (1955)

20. CHATURACHINDA, K.
Laparoscopic sterilization: An outpatient procedure
Am.J.Obst. and Gynec. 115 (Heft 4) S. 487-490 (1973)

21. DAS GUPTA, S.K., JAIN, P.C., PRASAND, B.G., VIDYABHUSHAN
Female sterilization
A study on 124 sterilized cases
J.of Obst. and Gynec. India 20, S. 509-516 (1970)

22. DARGE, P.
Die Sterilisation bei der Frau
Dtsch. Ärzteblatt 10, S. 701-703 (1974)

23. DEKWITZ, R. — Über den Einfluß der Schwangerschaft und ihres Abbruchs auf neurol. u.psychische Krankheiten
Fortschr.Neurol.Psychiat. 32, S. 105-161 (1964)

24. — Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation
Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, (1972)

25. — Indikationenlösung bei der Sterilisation?
Deutsches Ärzteblatt, Heft 34, (1974)

26. DEUTSCH, H. — Psychologie der Frau
Band II, Huber, Bern (1954)

27. DÖRING, G. — Empfängnisverhütung
Georg Thieme Verlag Stuttgart (1967)

28. EBERHART, H. — Die psychische Verarbeitung der Sterilisation bei der Frau (Unters.m.Rorschachtest)
Jaris-Verlag, Zürich (1968)

29. EDWARDS, L.E., HAKANSON, E.Y. — Changing status of tubal sterilization
Am.J.Obst. and Gynec. 115, Heft 3, S. 347-353 (1973)

30. EKBLAD, M. — The prognosis after sterilization on social-psychiatric grounds (A follow-up study of 225 women)
Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement 161, Vol. 37 (1961)

31. EKBLAD, M. — Schwangerschaftsunterbrechungen aus psychiatrischen Gründen
Eine Nachuntersuchung an 479 Frauen
Acta psychiat. Scand.Suppl.99 (1955) 3-238
Z.bl.Neurol.Psychiatr. 135 (1956) 206-207

32. ENGISCH, K.
Kritische Bemerkungen zu dem Urteil des Bundesgerichtshofs in Strafsachen über die Straflosigkeit freiwilliger Sterilisierung vom Okt. 1964
Verlag der Bayer.Akad.d.Wiss. München (1965)

33. ESER, A.
Freiwillige Sterilisation und Strafrechtsreform
Med. Welt, 21, S. 1751 (1970

34. FIKENTSCHER, R und ADAM-SHIRVANI, E.
Fertilitäts- u.Sterilitätsprobleme aus der Sicht des VII. Weltkonkresses in Tokio
Geburtshilfe u. Frauenheilk. (BDR) 32/5, S. 365-371 (1972)

35. FORSSMANN, H. und THUWE, I.
120 Children born after application for therapeutic abortion refused
Acta psychiat.Scand.42, S.71-88 (1966)

36. FRANK, S.
Praktische Erfahrungen mit Kastration und Sterilisation psychisch Defekter in der Schweiz
Monatschrift f.Psychiat. und Neurol. 57, S. 358-378,
58, S. 42- 64 (1925)

37. GEESE, K.
Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation (Anträge von Jan. 1950 bis Dez. 1964)
Dissertation Med.Fak.Münster (1969)

38. GLAUS, A.
Über Schwangerschaftsunterbrechungen und deren Verhütung
Verlag Hans Huber, Bern u.Stuttgart (1962)

39. GLAUS, A.
Grundsätzliches zur operativen Unfruchtbarmachung des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der vikariierenden Sterilisation
Praxis 10 (1954)

40. GLAUS, A. — Geplante Elternschaft als sozialpsychiatrisches Problem
Praxis 42 (1955)

41. GLAUS, A. — Die Sterilisation im Dienste der Geburtenregelung
Praxis 44 (1959)

42. GREVE, W. — Psychische Folgen nach Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation
Habilitationsschrift Gießen (1968)

43. GREVE, W. — Psychiatrische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs
Die Berliner Ärztekammer
Heft 1, (1974)

44. HAUßWALD, H.R. (Rostock) — Erste Erfahrungen mit der Tubensterilisation unter laparoskopischer Sicht
Zbl. Gynäk. 95, S. 54-58 (1973)

45. HAUßWALD, H.R., SEIDENSCHNUR, G., NEUMANN, H.G. (Rostock) — Die irreversible Kontrazeption mit Hilfe der Tubenkoagulation unter laparoskopischer Sicht
Med.-wissensch. Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäk./Tagung 6.10.72 in Jena

46. HAUSER, E. — Die Sterilisation des Mannes zur Verhütung von Schwangerschaften
Praxis 44 21/22 (1955)
Diss. med. Zürich

47. HEISS, H. — Die Sterilisation der Frau
Enke, Stuttgart (1969)

48. HELLMANN, L.M — Family planing comes of age
Am.J.Obst. and Gynec. 109, S. 214-224 (1971)

49. HELLMANN, R. — Die Sterilisation als legitime ärztliche Aufgabe
Med. Welt 1, S.41-7 (1970)

50. HINDERER, M. — Über die Sterilisation des Mannes und ihre Auswirkungen Schweiz.Archiv f. Neurol. und Psych. 60 (1947)

51. HOLENSTEIN, A. — Nachuntersuchung bei 95 auf Grund psychiatrischer Indikation sterilisierter Frauen Praxis 20 (1952)

52. HOPPELER, P.A. — Nachuntersuchungen von 100 auf Grund psychiatrischer Indikation ohne vorherige Interruptio gravidi-tatis sterilisierten Frauen Praxis 2/3 (1954)

53. HUG, A. — Zur Psychologie und Soziologie der unehelichen Schwangerschaft bei Jugendlichen Diss. Zürich 1957

54. HUNGAR, St. — Schwangerschaftsunterbrechungen und Sterilisationen von Frauen. Analyse des Materials der Gutachterstelle bei der Ärztekammer Hamburg Dissertation Med.Fak.Hamburg (1968)

55. KEPP, R. und KOESTER, H. — Empfängnisregelung und Gesellschaft Georg Thieme Verlag Stuttgart (1969)

56. KIND, H., PETERSEN, P., MENDE. W. — Führt die Sterilisation zur seelischen Fehlentwicklungen? Eine Erwiderung auf W.Mende: Forensich-psychiatrische Fragen bei Sterilisation und Kastration Nervenarzt 40: 463-466 (1969) Nervenarzt 41: 287-289 (1970)

57. KIND, H. — Die Sterilisation des Mannes u.ihre Auswirkungen im Lichte einer katamnestischen Untersuchung Praxis 53, S. 652-656 (1964)

58. KRAUSE, W,F.J. — Freiwillige Entmannung aus midizinischer und kriminalbiologischer Indikation. Grundlagen und Folgerungen Enke, Stuttgart (1964) (Beiträge zur Sexualforschung 32) (445)

59. KRETZ, H. — Folgen der Sterilisation . Zur Frage der Entschädigung Zwangssterilisierter nach dem Bundesentschädigungsgesetz Med.Klinik 62, S. 1298-1302 u. S. 1341-1344 (1967)

60. LABHARDT, A. — Medizinische und nichtmedizinische Indikation zur Sterilisierung Schweiz. med. Wschr. 2 (1936)

61. LABHARDT, A. — Die ärztliche Sterilisationsoperation Schweiz.Zeitschr.f.Straftrecht 3 (1936)

62. LABHARDT, A. — Geburtenregelung Helvet. med. Acta 6 (1939)

63. LANGELÜDEKE, A. — Zur Kastration von Sittlichkeitsverbrechern Nervenarzt 39, S. 365-368 (1968)

64. LEINZIGER, E. — Empfängnisverhütung und Familienplanung Geburtsh. u.Frauenheilk. (BDR) 33 Heft 1, S. 28-36 (1973)

65. LENZ, W. — Medizinische Genetik Verlag Georg Thieme Stuttgart (1961)

66. MAYER, K. — Schwangerschaft und neurologisch-psychiatrische Krankheiten Klin.Frauenheilk.u.Geburtsh. 5 (1967) S. 285-328

67. MCCOY, DR. — The emotional reaction of women to therapeutic abortion and sterilization Journal Obst. Gynäec. Brit. Comm. 75, S.1054-7 (1968)

68. MELDER, R. — Nachuntersuchung über subjektive Späterscheinungen bei sterilisierten Frauen
Diss. Zürich 1951

69. MENDE, W. — Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation aus nervenärztlicher Sicht
J.F. Lehmann Verlag München (1962)

70. MENDE, W. — Psychiatrische und soziale Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch in verschiedenen Ländern
Brit.J. soc.Psychiat. 2,
S. 119-126, (1968)

71. MENDE, W. — Forensich-psychiatrische Fragen bei Sterilisation und Kastration
Nervenarzt 40, S. 463-66,
(1969)

72. MILT, B. — Einfluß der Sterilisation durch partielle Tubenresektion auf die Menstruation und das Geschlechtsleben
Zeitschr.f.d.gesamte Neur. u. Psych. 112 (1928)

73. MORIN, AVE und HARTENSTEIN — Schwangerschaftsverhütung und Psychopathologie
Ann. méd-psychol. 127, Bd. 2,
S. 85 - 98 (1969)

74. MÜLLER und HADAMIK — Kastration bei gemäß § 42 b StGB untergebrachten Sexualtätern
Nervenarzt 39, S.360 - 365,
(1968)

75. MUTH, H. — Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung in neuerer Sicht
München, Berlin. Urban und Schwarzenberg (1964)

76. NAVILLE, A. — Nachuntersuchungen bei 195 auf eigenes Begehren und ohne vorherige psychiatrische Begutachtung sterilisierter Frauen
Praxis 47 (1952)

77. NEUWIRTH, R., LEVINE, R. RICHARD, R. — Hysteroscopic tubal sterilization Am.J.of Obst. and Gynec. 116/1, S. 82-85, (1973)

78. NIJS, P. — Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzeption (Beiträge zur Sexualforschung) Ferdinand Enke Verlag Stuttgart/1972)

79. OTT, S. — Der Fall Dr. Dohrn Szczesny, München/1964

80. OVERSTREET, E.D. — Rol of female sterilization in population control Am.J.Obst. and Gynec. 101, S. 1054, (1968)

81. PETERSEN, P. — Psychiatrische und psychologische Aspekte der Familienplanung bei oraler Kontrazeption Georg Thieme Verlag Stuttgart (1969)

82. PETERSEN, P. — Sterilisierung Brit.med.J. 4, S. 22, (1969)

83. PETERSEN, P. — Die freiwillige Sterilisation als brauchbares Mittel der Familienplanung Fortschr.der Neurol.u.Psych. 38, S. 33, (1970)

84. PETERSEN, P. und LIEDTKE, U. — Zur Entschädigung zwangssterilisierter Zigeuner Der Nervenarzt 42, Heft 4, S. 197-203, (1971)

85. ROHDEN, U. — Entwicklung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet der Nachkriegszeit Ärztl. Mitt. 21, S. 1139, (1962)

86. ROTHE, J. — Gesundheitsschutz u. irreversible Kontrazeption (Sterilisierung) bei der Frau Dtsch.Gesundheitsw. 25, S. 555-60, 25. März 1970

87. SIEGFRIED, S. — Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung Arch.Neurol. u.Psychiat. 67, S.365-388 (1951)

88. SCHMIDT, S.S. — Voluntary male sterilization Medical Journal of Australia (Med.J.Aus.) 1, S.455-6, 27, Febr. 71

89. SCHNEIDER, H.E. — Mögliche Folgen nach freiwilliger Sterilisation der Frau. Präoperative Beurteilung Münch.Med.Wschr. 113,S.1185-8 (1971)

90. SCHNEIDER, H.E. — Statistische und soziologische Aspekte nach Sterilisationsoperation Geburtshilfe u.Frauenheilk. 30, S. 1064-70, (1970)

91. SCHNEIDER, H.E. — Aussagen und Ergebnisse nach Tubensterilisation Geburtshilfe u. Frauenheilk. 32/4, S. 290-297, (1972)

92. SCHNEIDER, H.E. — Ursachen für positive und negative Folgen der Sterilisation der Frau Med. Welt 24/Heft 7 (1973)

93. SCHNEIDER, O. — Die Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation aus med. Indik. (Unters.in einer Großstadt v. 1957-1965) Heidelberg, Med.F.Diss.v. 28. Febr. 1968

94. SCHULTE, W., — Unerwünschte Schwangerschaft Georg Thieme Verlag Stuttgart (1969)

95. THOMPSON, B. und BAIRD, D. — Follow-up of 186 sterilized women Ref.Dtsch. Ärzteblatt 65/38, (1968)

96. WENNER, R. — Spätresultate nach operativer Sterilisierung der Frau
Helvet.med. Acta 6 (1939)

97. ZIEGLER, F., RODGERS,D., PRENTISS, R. — Psychosocial Response of Vasectomy
Arch. gen.Psychiat. Vol. 21, S. 46-54, (1969)

98. RODGERS, D. and ZIEGLER, F. — Changes in sexual behavior consequent to use of noncoital procedures of contraception
Psychosom.Med. (N.4) 30, S. 495-505, (1968)

99. ZIOLKO, H.U. — Psychodynamische Aspekte der oralen Kontrazeption
Z. Psychother.med. Psychol.19, S. 164-169, (1969)

100. ZOLLIKER, A. — Die nervenärztliche Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit an der Psychiatrischen Uni-Poli-Klinik Zürich,1933u.34
Schweiz.Archiv f.Neurol. u. Psych. 40 (1938)

Lebenslauf

Am 24.12.1937 wurde ich in Oppeln/Oberschlesien als Tochter des Möbelkaufmannes Josef Machinek geboren. In Berlin besuchte ich die Grund- und Oberschule. 1957 bestand ich das Abitur.

Es folgte die Ausbildung zur Medizinisch-Technischen Assistentin mit dem Abschluß 1960. In diesem Beruf war ich drei Jahre tätig.

Nach dem Studium der Human-Medizin und dem Staatsexamen an der Freien Universität Berlin 1970 erlangte ich nach Ableistung der Medizinalassistentenzeit 1971 die Approbation als Ärztin.
1970 heiratete ich den Architekten Volker Gebert.

Von Oktober 1971 bis Mai 1973 arbeitete ich als Assistenzärztin auf der Psychiatrischen Abteilung der Schloßpark-Klinik, Berlin, unter Leitung des Herrn Priv.-Doz. Dr. med. W. Greve.

Zur Zeit bin ich auf der Psychotherapeutischen Abteilung der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin tätig.